ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO

- Consumo de bebidas alcohólicas
- El alcohol en el organismo
- Los síntomas y el diagnóstico

Rafael Velasco Fernández

trillas

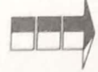


Esa enfermedad
llamada alcoholismo

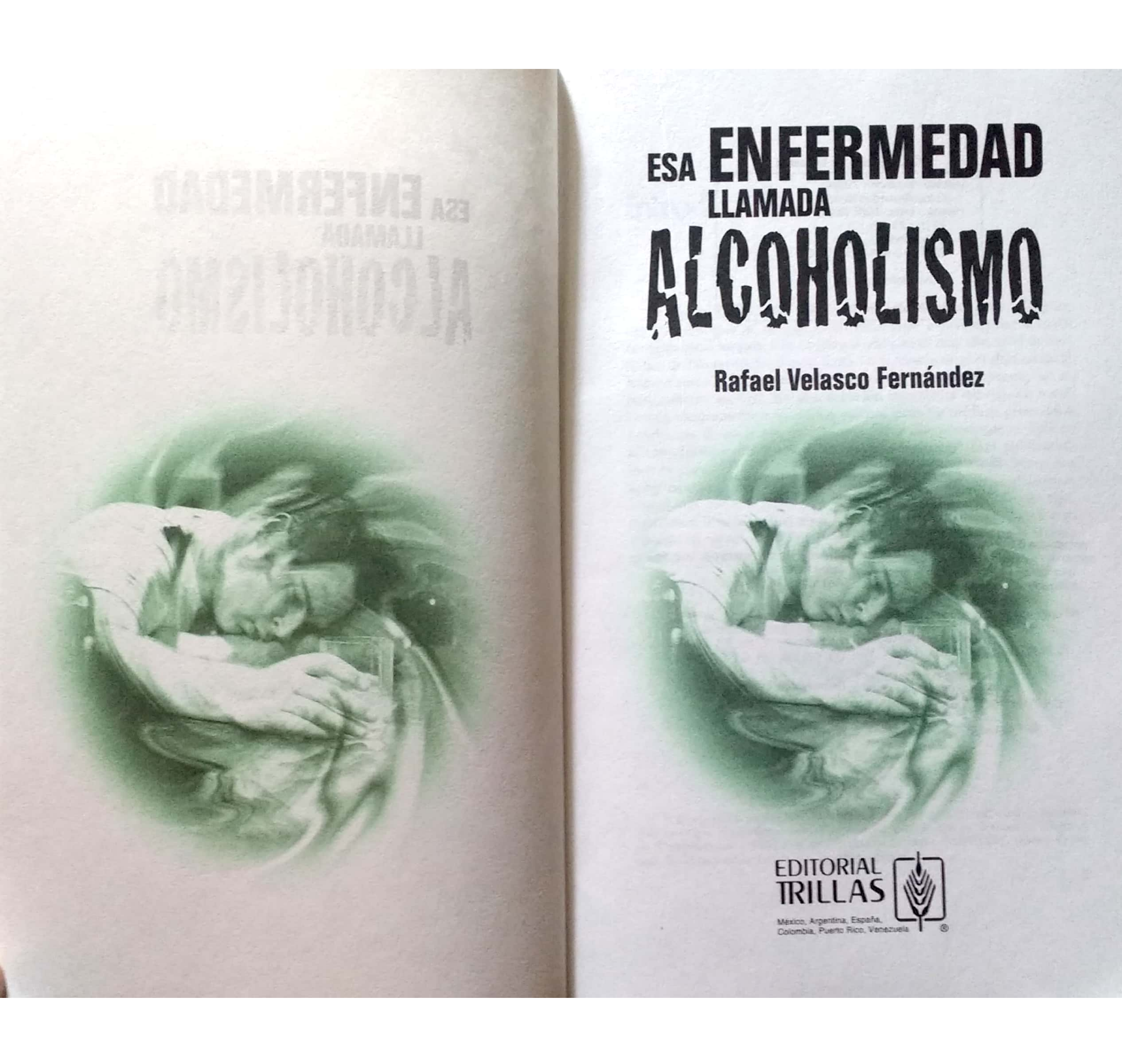
Rafael Velasco Fernández

Cronicidad, deterioro físico, desorden mental son las características que saltan a la vista en un fenómeno tan complejo como es el alcoholismo y cuyas consecuencias, tanto a nivel individual como social, resultan difíciles de medir; ya que podría decirse que el círculo enajenante que se produce, no sólo parte de la propensión de algunos individuos a los estimulantes, sino también de la sociedad misma que al afectar, es afectada hondamente.

Esta enfermedad llamada alcoholismo tan generalizada en todas las sociedades, ha movido al autor a abordar su problemática lo más analíticamente posible con la intención de divulgar sus males psicofísicos y sociales y, de alguna manera, contribuir a su verda-



ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO



ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO

Rafael Velasco Fernández

EDITORIAL TRILLAS

México, Argentina, España, Colombia, Puerto Rico, Venezuela

Catalogación en la fuente

Velasco Fernández, Rafael
Esa enfermedad llamada alcoholismo. --
México : Trillas, 1981 (reimp. 2009).
95 p. ; 23 cm.
Incluye índices
ISBN 978-968-24-0995-0

1. Alcoholismo. I. t.

D- 616.861'V159e LC- RC565'V4.4 981

División Administrativa
Av. Río Churubusco 385
Col. Pedro María Anaya, C. P. 03340
México, D. F.
Tel. 56884233, FAX 56041364

División Comercial
Calzada de la Viga 1132
C. P. 09439, México, D. F.
Tel. 56330995, FAX 56330870

www.trillas.com.mx

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial
Reg. núm. 158

Primera edición XT
ISBN 978-968-24-0995-0
(XT, XR, XI, XL, XA, XE, XX, OS, OR, OA, OM, OX, OO, SR

Reimpresión 2009*

Impreso en México
Printed in Mexico

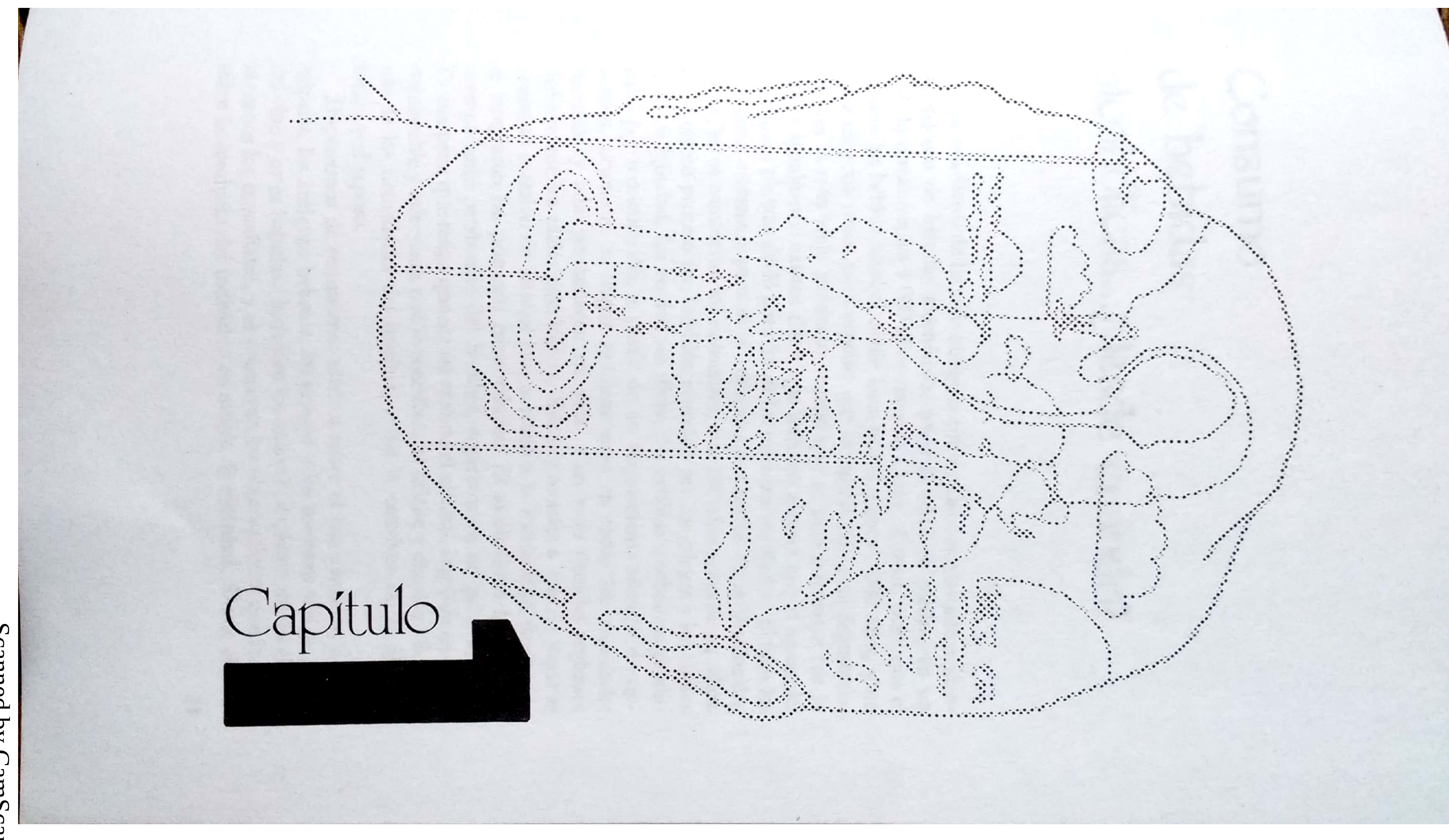
Introducción

Se han escrito muchas obras sobre el alcoholismo; desde los grandes tratados que se dirigen a los estudiosos e investigadores cuyos conocimientos les permiten la comprensión en el más alto nivel de esta forma de farmacodependencia hasta los modestos escritos destinados al lector común, desconocedor de este tema que, por supuesto, no es estrictamente médico. En una situación intermedia estarían los textos breves, técnicamente concebidos, escritos para los médicos generales y estudiantes de medicina, psicología y otras disciplinas que se aplican al conocimiento científico de la conducta humana.* Esta publicación intenta divulgar los conocimientos básicos sobre el alcoholismo, con apego al saber adquirido, evitando las formulaciones y generalizaciones infundadas que con frecuencia se descubren en las obras de este tipo. Aspiración modesta, es verdad. Si se cumple, sin embargo, habré contribuido en alguna medida al enfrentamiento racional de un problema que afecta a un gran número de seres humanos.

RAFAEL VELASCO FERNÁNDEZ

* El autor ha escrito una obra de ese tipo, titulada *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo: conceptos básicos,* editada por la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), dentro de su serie Biblioteca de la Educación Superior (1980).

Índice de contenido



Capítulo 1

Consumo de bebidas alcohólicas...¿desde cuándo?

Los estudiosos de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un periodo cercano a los 4 000 años antes de Cristo. Parece, pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5 000 años, y no existe ninguna razón para suponer que lo ingería sólo para degustarlo. Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fue la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados. Si bien los irlandeses reclaman para sí el conocimiento inicial de la destilación, los árabes se consideran los inventores, aun 200 años antes de aquéllos. El ingenioso proceso fue también conocido por los griegos y los chinos de la antigüedad. La verdad sea dicha, las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas. Con todo derecho podemos deducir que los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades. El alcoholismo ha sido un acompañante persistente del hombre, seguramente no para su bien. Es una pena que tenga que ser así cuando el alcohol, ingerido en forma responsable y adecuada puede contribuir al deleite y dignidad de algunas de las actividades del hombre, como la convivencia, la alimentación y el reposo.

Disponemos de testimonios escritos sobre el conocimiento que los egipcios, los antiguos hebreos, los griegos y los romanos tenían acerca del vino y otras bebidas (incluidos los licores); supieron de sus efectos, al menos los inmediatos, y se conservan las observaciones que hicieron sobre la conducta del individuo en estado de ebriedad. Desde el prin-

cipio hubo la tendencia a relacionar las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Así fue como los egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco o Dionisos, y todos creyeron que las acciones de sus dioses, en este sentido, fueron buenas y contribuyeron a enriquecer sus tradiciones.

En el México prehispánico, el alcohol, representado por el octli o pulque, dejó también su huella impresionante en el aspecto social.* Hay dos versiones conocidas sobre el descubrimiento del pulque, la bebida típica entre los indígenas del altiplano mexicano, producto de la fermentación del aguamiel del maguey. La más conocida se debe a Fernando de Alva Ixtlixóchitl, el historiador mexicano descendiente de una antigua familia de jefes chichimecas. Nos cuenta que "habiendo heredado Tecpancaltzin el señorío de los toltecas, a los diez años de su reinado fue a su palacio una doncella muy hermosa llamada Xóchitl acompañada de su padre Papantzin, a presentarle la miel de maguey que había descubierto. Prendóse el Rey de la doncella y tras los episodios en esos casos naturales, acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza que había en el cerro Palpan, donde tuvo un hijo a quien le pusieron Meconetzin que quiere decir hijo del maguey, en recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació el año ce acatl". La otra versión nos la proporciona el ilustre religioso español Fray Bernardino de Sahagún: "...inventaron el modo de hacer el vino de la tierra, era mujer la que comenzó y supo primero agujerar los magueyes para sacar la miel de que se hace el vino, y llamábase Mayahuel, y el primero que halló las raíces que echan en la miel se llamaba Pantecatl".

La importancia del pulque (octli) se ve sobre todo en el papel que desempeñaban en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez. Eran los dioses lunares y terrestres de la abundancia, los centzon totochtin (cuatrocientos e innumerables conejos) y también la diosa del maguey, Mayahuel. Por otra parte, sabemos bien que la interpretación del calendario adivinatorio era muy importante para el individuo, ya que la influencia del signo del día de su nacimiento lo dominaría hasta la muerte e incluso determinaría su vida en el más

* Sobre el alcoholismo en la época pre-hispánica en México, remitimos al lector el excelente trabajo del doctor Guillermo Calderón Narváez "Consideraciones Acerca del Alcoholismo entre los Pueblos Pre-hispánicos de México", publicado en 1968 en la Revista del Instituto Nacional de Neurología, vol. II. No. 3 (págs. 5 a 13).

allá. Quien nacía bajo el signo 1 Ocelotl, por ejemplo, moriría como prisionero de guerra, y a quien le tocara el 4 Itzcuintli sería rico y próspero aunque no se esforzara en absoluto en conseguirlo. El signo Ome tochtli profetizaba para su poseedor una tragedia: sería afecto a la embriaguez. El mismo Fray Bernardino nos dice al respecto: "decían que cualquiera que naciera bajo ese signo sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaba otra cosa sino el vino, no se acuerda de otra cosa sino del vino y en despertando en la mañana lo bebe y así cada día anda borracho y aun lo bebe en ayunas y en amaneciendo luego se va a la casa de los taberneros, pidiéndoles por gracia el vino; y no puede sosegar sin beber vino". El conejo era, pues, considerado como símbolo de los dioses del pulque en honor de los cuales se celebraban fiestas y banquetes en los que se bebía el octli. Entre todos los dioses destacaba la diosa Mayahuel, a quien se representaba vestida de blanco que es el color del pulque, sentada sobre un maguey con sus hojas tiesas ligeramente curvas y con espinas en sus extremos. Era frecuente que junto a ella se pintara una olla de pulque saliendo de su boca la espumosa bebida y traspasada con una flecha que quizá expresara la idea de castigo, ya que el beber pulque fuera de ciertas ceremonias era tenido por un crimen. Alguna versión señala que todas las culturas del altiplano consideraban el pulque como una bebida sagrada sólo permisible a los sacerdotes, a los guerreros y a los que iban a morir, en tanto que el resto de la población podía consumirlo una vez al año, pero sin llegar a la embriaguez.

También es verdad que se le han atribuido al pulque, desde aquella época, virtudes curativas. Se dice que el propio Hernán Cortés, asombrado por las propiedades del pulque que se vendía en los tianguis (mercados) de Tlatelolco, escribió a Carlos V una carta de relación sobre sus efectos en las mujeres débiles y su acción benéfica en las articulaciones. Felipe II envió al doctor Francisco Hernández a investigar los efectos del pulque en las artritis y en ciertos padecimientos intestinales. Hoy sabemos ya lo suficiente para descartar tales supuestos y nos debe interesar más el estudio de los efectos a largo plazo de una ingestión prolongada de fuertes cantidades de alcohol, sin importar la clase de bebida que lo contiene. Es verdad, por otra parte, que si nos basamos en los estudios estadísticos y epidemiológicos * sobre el consumo de alcohol en el mundo, siempre será preferible la ingestión

* La epidemiología es la rama de la medicina que investiga el origen, la forma de propagación y la prevalencia de las enfermedades que afectan a grandes grupos de personas.

de la bebidas que tienen un bajo contenido de alcohol. Pero sobre esto diremos algo más adelante.

Volvamos ahora al asunto de la presencia del alcohol en las sociedades humanas. Cuando decimos "presencia del alcohol" queremos decir también "presencia del alcoholismo", pues ya veremos que de las teorías que existen sobre las causas de esta enfermedad, se puede muy bien deducir que ahí donde se consumen bebidas alcohólicas, se crean indefectiblemente las condiciones para que se origine el alcoholismo en un porcentaje variable de la población. Ahora bien, ¿cómo se distribuye hoy día el alcoholismo en la humanidad? la Organización Mundial de la Salud ha llevado a cabo diversos estudios cuyos resultados nos dan una idea general sobre la situación. Como ocurre siempre, los datos estadísticos que provienen de los países desarrollados son bastante confiables, no así los de las naciones poco tecnificadas donde no existen los medios ni los profesionales aptos para realizar investigaciones perfeccionadas.

Varios son los obstáculos que los investigadores tienen que salvar para poder encontrar las cifras que nos orienten sobre la prevalencia del alcoholismo en cada país. Por ejemplo, es frecuente que los médicos generales no le den importancia al diagnóstico (o lo que es peor, *no sepan* identificar el alcoholismo), lo que afecta los registros estadísticos de hospitales y consultorios. Otras veces, la petición expresa del paciente alcohólico hace que no se anoten las causas reales de ciertos problemas físicos (gastritis, cirrosis, etc.) que son efectos de una ingestión inmoderada y crónica de bebidas embriagantes. Finalmente, y sólo para señalar un obstáculo más, recordemos que los grandes bebedores tienden a negar su problema, de tal modo que no queda registrado en los historiales clínicos, aunque muchas veces el médico lo sospeche.

Los organismos internacionales que investigan los problemas de salud, se han puesto de acuerdo en que hay dos medidas bastante seguras para calcular el número de alcohólicos, a saber:

1. La cifras de mortalidad por cirrosis del hígado.*

* La cirrosis del hígado, o cirrosis hepática, es una enfermedad muy grave que sufren los bebedores inveterados que además se alimentan mal, como es el caso de la mayoría de los alcohólicos. También puede ocurrir en sujetos no alcohólicos. Se caracteriza por la degeneración de las células principales del hígado que ya no puede cumplir sus complicadas funciones. El órgano se torna duro y sensible. Es una de las causas de muerte más frecuentes entre los bebedores crónicos y suele acompañarse de otras complicaciones que producen grandes sufrimientos durante meses.

2. Los datos del consumo de alcohol por individuo (per cápita) en cada país.

Considerando estas cifras que son relativamente fáciles de obtener si se cuenta con buenos servicios médicos y si se conoce la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas, se pueden elaborar tablas comparativas que incluso nos informan sobre el incremento del problema en cada nación. La siguiente ha sido tomada de una publicación importante:*

PROMEDIO DE MORTALIDAD POR CIRROSIS DEL HÍGADO

(Promedio por cada 100 000 habitantes)

País	1962	1972	*Incremento*
Polonia	4.8	9.4	96%
Checoslovaquia	9.1	16.9	86%
Canadá	5.7	10.2	79%
Suecia	6.0	10.2	70%
Nueva Zelanda	2.5	4.2	68%
Italia	20.6	31.8	54%
Austria	21.9	30.4	39%
Estados Unidos	11.7	15.6	33%
Finlandia	3.4	4.4	29%
Alemania Occidental	19.9	25.2	27%
Dinamarca	7.9	10.0	27%
Bélgica	10.2	12.6	24%
Inglaterra	2.8	3.4	21%
Países Bajos	3.5	4.2	20%
Australia	5.1	6.0	18%
Noruega	4.1	4.6	12%
Francia	31.2	34.2	10%
Escocia	4.7	5.0	6%
Suiza	14.3	15.2	6%

FIGURA 1

En México, la cirrosis hepática ha ocupado en la última década un lugar entre las 10 principales causas de muerte. Su importancia

* "Alcohol Taxation and Control Policies", *International Survey*, volumen I, Mavis M. Brown, Brewers Association of Canada.

aumenta cuando observamos que afecta sobre todo a los individuos en la edad más productiva: entre los 25 y 40 años. Probablemente tiene una incidencia superior a 20 por cada cien mil habitantes, lo que coloca a este país entre las naciones que tienen un mayor número de enfermos cirróticos.

En cuanto al consumo del alcohol per cápita al año, de la misma fuente hemos obtenido la siguiente tabla que se expresa por sí sola.

CONSUMO PER CÁPITA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL MUNDO

(en litros)

Año de referencia: 1980

País	*Vino*	*Cerveza*	*Destilados*	*Consumo total de alcohol puro*
Luxemburgo	48.2	121.0	9.0	18.4
Francia	95.4	44.3	2.5	14.8
España	64.7	53.4	3.0	14.1
Italia	93.0	16.7	1.9	13.0
RFA	25.6	145.7	3.1	12.7
Hungría	35.0	86.3	4.5	11.5
Argentina	75.0	7.7	2.0	11.4
Austria	35.8	101.9	1.6	11.0
Portugal	70.0	33.8	0.9	11.0
Bélgica	20.6	131.3	2.4	10.8
Suiza	47.4	69.0	2.0	10.5
Australia	17.4	134.3	1.0	9.8
RDA	9.5	135.0	4.5	9.7
Nueva Zelanda	11.0	118.0	2.5	9.7
Checoslovaquia	15.5	137.8	3.5	9.6
Dinamarca	14.0	121.5	1.5	9.2
Canadá	8.5	87.6	3.4	9.1
Países Bajos	12.8	86.4	2.7	8.8
Polonia	10.1	30.4	6.0	8.7
Estados Unidos	7.9	92.0	3.1	8.7
Rumania	28.9	43.0	2.3	7.9
Irlanda	4.5	121.8	2.0	7.5
Bulgaria**	22.0	57.7	2.0	7.5
Yugoslavia**	27.3	44.2	2.0	7.4
Gran Bretaña	7.2	117.1	1.8	7.1
Grecia	44.9	26.4	*	6.7
Finlandia	8.2	57.4	2.8	6.4
Chile	45.0	15.0	*	6.2
URSS	14.4	23.1	3.3	6.2
Suecia	9.5	47.2	2.7	5.7
Japón	0.5	37.8	1.8	5.4

FIGURA 2

* No disponible

** Cifras de 1979

Fuente: "Produktschap voor gedistilleerde Dranken", Schiedem, Países Bajos. (Extraído de "El Consumo de Bebidas". Alto Comité de Estudios y de Información sobre el Alcohólismo. La Documentación Francesa 1982.)

Tomado de: *Enciclopedia Médico-quirúrgica*, 37398 A10-7 París, 1984.

Los estudios relativos a México dan una idea bastante aproximada de lo que ocurre. En la figura 3 se puede apreciar la producción de bebidas alcohólicas y los cambios sufridos desde 1960 hasta 1975. Como nuestro país no es un importante exportador en este renglón, cabe deducir que las modalidades del consumo local corresponden aproximadamente a las cifras que se ven en la figura mencionada. Es decir, en México se ha producido durante esos 15 años un discreto aumento del consumo per cápita de cerveza (que resulta mínimo si se tiene en cuenta el crecimiento de la población durante ese periodo); en cambio, es impresionante el aumento de la producción de licores (bebidas destiladas de alto contenido de alcohol), tanto los obtenidos de granos, como los aguardientes de uva (brandy) que predominan notablemente.

Considerando que el consumo de pulque per cápita se ha mantenido en niveles sensiblemente estáticos, y también que la producción de aguardientes de caña (rones) en buena proporción se oculta (fabricación clandestina), se llega a la siguiente conclusión general: la población mexicana consume cada vez mayor cantidad de bebidas de alto contenido alcohólico. El cambio reciente es notable en ese sentido. Ahora bien ¿qué importancia tiene este dato en relación con el alcoholismo? Algunos estudios tienden a demostrar que los efectos negativos de carácter social (violencia física, accidentes, etc.) que producen las bebidas "fuertes", son mayores que los ocasionados por las bebidas de bajo contenido alcohólico (cerveza o vino) aunque el total consumido sea mayor.* En cuanto a los daños físicos, las opiniones no son unánimes: el doctor Lelbach en Alemania concluye que el efecto sobre el hígado no depende del alcohol ingerido por una u otra bebida, sino de la cantidad de alcohol absoluto consumido acompañado de otras sustancias que desempeñan un papel secundario. El doctor Terris, quien hizo un estudio comparativo sobre las cifras de mortalidad por cirrosis entre Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, opina que las diferencias se explican a base de las bebidas destiladas (fuertes) y que en ello no influye el consumo de cerveza. Es posible que la explicación esté en los hábitos de alimentación que compañan a los distintos tipos de bebedores (el consumidor de cerveza suele

* Investigaciones en Polonia del doctor Swiecicki cuyos resultados coinciden en parte con los del doctor Klaus Makela de la Finnish Foundation of Alcohol Studies. Ambos estudios se publicaron en "Alcohol-Taxation and Control Policies", *International Survey,* volumen 1, Mavis M. Brown. Brewers Association of Canada.

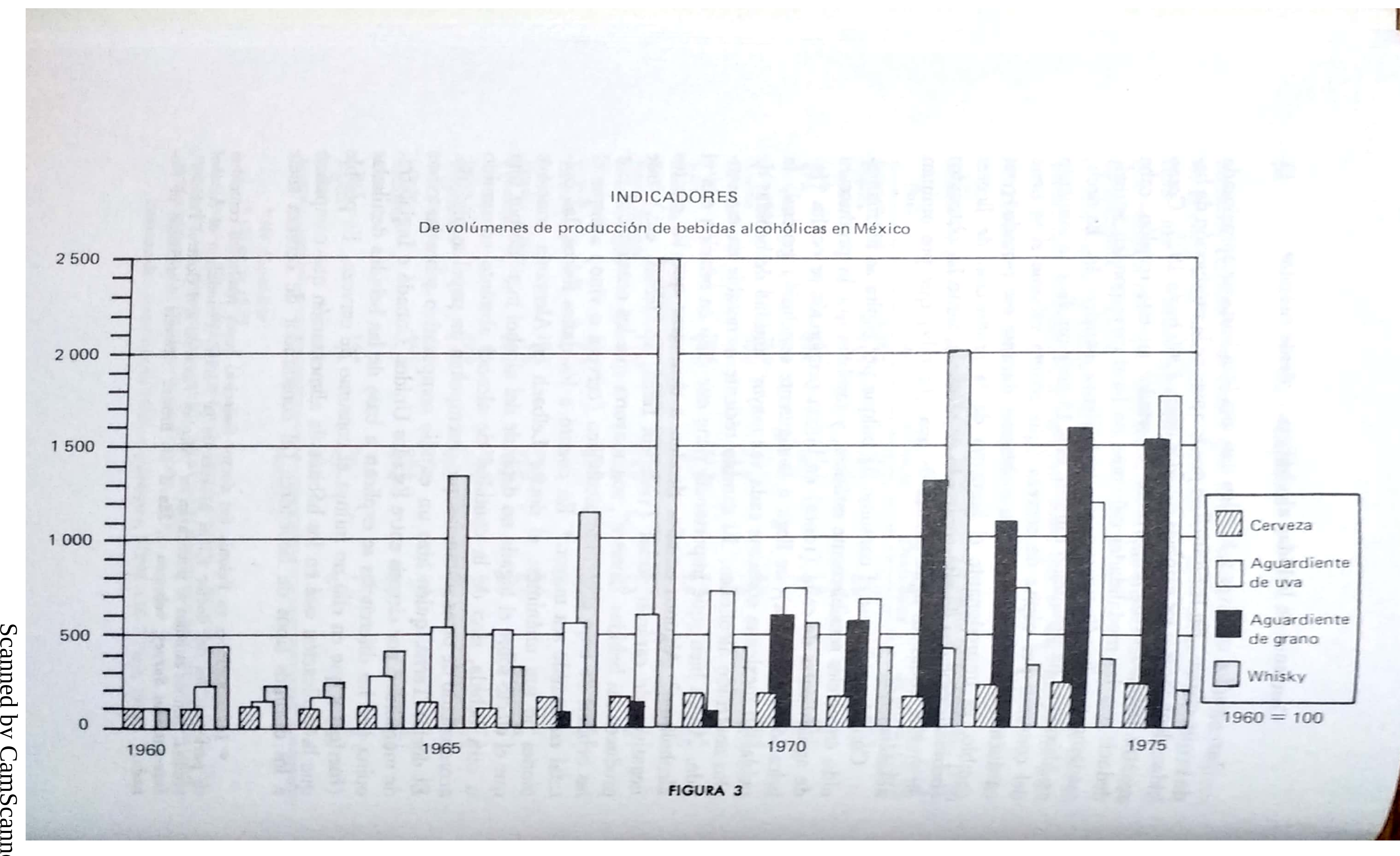
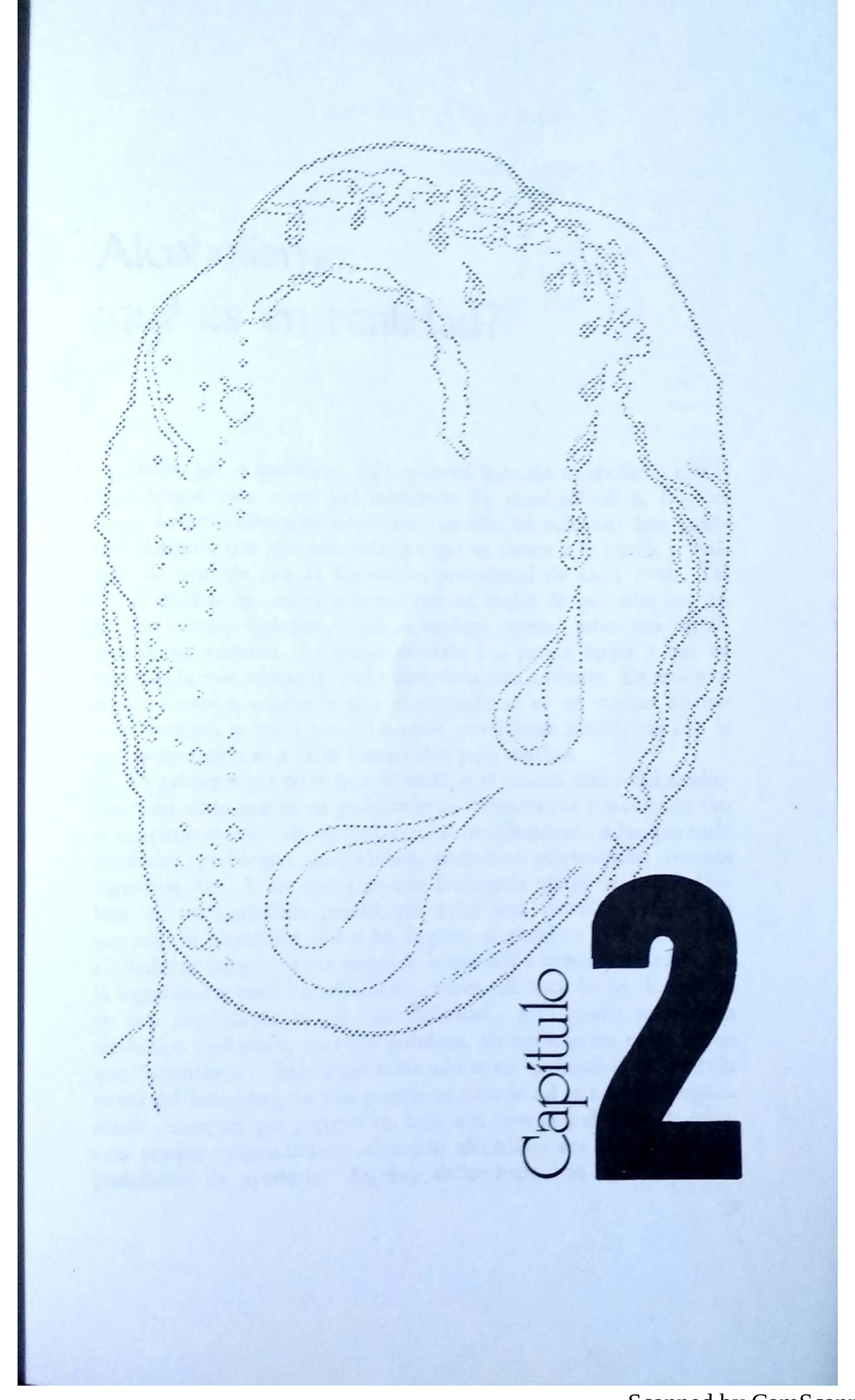

INDICADORES
De volúmenes de producción de bebidas alcohólicas en México
2 500
2 000
1 500
1 000
500
0
1960
1965
1970
1975
Cerveza
Aguardiente de uva
Aguardiente de grano
Whisky
1960 = 100

FIGURA 3

alimentarse bien, por ejemplo), pero los datos de que disponemos favorecen en este punto a las bebidas de bajo contenido alcohólico: los países en los que se consume más cerveza y menos licores, tienen un porcentaje menor de muertes por cirrosis del hígado. Y según ciertos estudios, la psicosis alcohólica,* el delirium tremens y las muertes por alcoholismo crónico, son ocasionadas en mayor grado por el consumo de bebidas destiladas y en menor escala por las de bajo contenido de alcohol.**

* La psicosis alcohólica es una forma de "locura" que puede afectar a los alcohólicos crónicos, quienes sufren alucinaciones y otras graves molestias; el delirium tremens ocurre en algunos grandes bebedores cuando suspenden de golpe la ingestión de alcohol, produciéndose un estado de confusión mental, temblores, fiebre y a veces también convulsiones acompañadas de alucinaciones terroríficas. Puede ocurrir la muerte en un alto número de casos, tanto en las psicosis alcohólicas como en el delirium tremens.

** Johannes Nielsen, "Delirium Tremens en Copenhagen", estudios del Instituto de Psiquiatría Arhus State Hospital, Risskov, Dinamarca.



Capítulo 2

Alcoholismo: ¿qué es en realidad?

Desde que el fenómeno médico-social llamado alcoholismo existe, y ya hemos visto cómo prácticamente ha acompañado al hombre desde siempre, diferentes estudiosos (no sólo los médicos) han intentado definirlo con los conocimientos que se tienen a la mano, y también de acuerdo con la formación profesional de cada cual. Tal vez a muchos les resulte sorprendente el hecho de que aún hoy no hay un acuerdo unánime, acaso ni siquiera general, sobre una definición de alcoholismo. La que a nosotros nos parece mejor y que de hecho es la más aceptada, será comentada más adelante. En este momento vamos a aclarar lo que el alcoholismo *no* es, porque incluso entre médicos se toma por tal a otras condiciones patológicas con lo que la confusión es a veces insuperable para muchos.

En primer lugar no se debe identificar el cuadro clínico del alcoholismo, en tanto que es un padecimiento directamente relacionado con el consumo excesivo de alcohol, con las complicaciones a las que suele conducir: problemas neurológicos, trastornos psiquiátricos, cuadros digestivos, etc. Y sin embargo con frecuencia oímos decir que "fulano es un alcohólico puesto que sufre una cirrosis hepática", o que sólo es alcohólico quien ha llegado al delirium tremens... El alcoholismo tampoco es la etapa de intoxicación aguda provocada por la ingestión excesiva de bebidas en el curso de unas horas. Un sujeto en esas condiciones es un "alcoholizado", pero puede no ser un alcohólico verdadero; en otras palabras, alcoholismo no es lo mismo que "borrachera". Más importante aún es no confundirlo con la falla moral del individuo, no sólo porque al hacerlo así se mezclan ilógicamente conceptos que pertenecen, uno, a la ciencia y el otro a la ética, sino porque estigmatizando al sujeto alcohólico nos alejamos de la posibilidad de ayudarlo. Algunas definiciones han conservado ese

error y lo grave es que provienen de autoridades médicas influyentes en la opinión. El doctor Ford, por ejemplo, dijo en 1951 que "el alcoholismo es una enfermedad, física, psíquica y *espiritual*",* a lo que podríamos oponer el pensamiento de un estudioso muy anterior a él e indudablemente menos conocedor de la medicina, incluso la de su tiempo: Platón, quien en su famoso diálogo "Las Leyes", escribió: "El beber vino no es, en realidad, lo mismo que tantos otros llamados bienes de la vida, *ni bueno ni malo en sí.*" Lo que importa, no es si el individuo bebe, sino si lo hace o no de manera responsable y esta idea se encuentra implícita en el aserto del filósofo.

Nada de eso es, pues, el alcoholismo. Durante más de dos décadas se aceptó, en la mayoría de los programas contra esta enfermedad en muchos países, la definición que dieron los expertos de la Organización Mundial de la Salud, en 1952, y que aquí podemos traducir en los siguientes términos: "Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones." Esta fue una buena definición que tuvo el mérito de introducir la idea de *dependencia* que está implícita, desde entonces, en todas las opiniones posteriores. Se dice que alguien "depende" de una droga (en este caso del alcohol), cuando la desea con vehemencia porque se ha habituado a ella y la necesita; si no la ingiere aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, se habla de dependencia *física* y si al suspender su administración no ocurre ningún trastorno serio, se llama dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas y por ello el alcoholismo está considerado como una verdadera *farmacodependencia,* término que ha sido sustituyendo gradualmente al de "drogadicción".**

La definición que parece ser la mejor y que, como ya dijimos, se acepta por los más destacados especialistas, es la que el doctor Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers expresó desde 1958. Una traducción libre, la dejaría en los siguientes términos:

* Lo dejó escrito en un libro que llevó por título (en inglés) *Psicología del subconsciente, moralidad y alcoholismo* (Edit. Weston-College, 1951).

** "Fármaco" y "droga" son sinónimos. Se llama así a cualquier sustancia que introducida en el organismo produce cambios fisiológicos o bioquímicos en él. Estos pueden ser benéficos o de efectos negativos.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el "trabajo".

Vale la pena detenernos un poco a considerar los elementos que contiene esta definición:

1. Señala que el alcoholismo *es una enfermedad* con lo que de hecho se le coloca entre los problemas de salud, susceptible de estudio desde los ángulos que son característicamente médicos. La *etiología,* es decir, el estudio de las causas que lo provocan, la *sintomatología* que caracteriza el cuadro de la enfermedad, el *diagnóstico* que se refiere al procedimiento clínico que el médico sigue para definir la situación patológica, la *rehabilitación* que comprende el *tratamiento* y el retorno a la vida normal y, finalmente, la *prevención* que intenta evitar la aparición de nuevos casos, son todos ellos capítulos indispensables de un estudio integral del alcoholismo. Este enfoque médico no está reñido, desde luego, con otros posibles, pero la medicina reclama para sí el derecho de incluir el alcoholismo dentro de la patología humana por diferentes razones. Si llamamos enfermedad a toda condición de anormalidad que puede ser reconocida y que se presenta con los mismos síntomas en todas las personas, entonces no hay duda de que el alcoholismo lo es. El hecho de que aún no sepamos con exactitud cuáles son las causas que lo provocan no es un obstáculo, del mismo modo que desconocemos el origen de otras muchas enfermedades y sin embargo son reconocidas como tales (el cáncer, por ejemplo).
2. Distingue claramente al alcoholismo de la intoxicación aguda, al establecer que es una enfermedad *crónica,* es decir, de larga duración. No puede hablarse de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas en las que ya se ven los síntomas característicos de la dependencia. Hay quienes beben con relativa frecuencia, sobre todo en las festividades, y no merecen el diagnóstico de alcohólicos precisamente porque faltan los elementos que delatan la adicción (dependencia), que sólo aparecen cuando se lleva algún tiempo consumiendo excesivamente bebidas alcohólicas. Sin embargo, el alcoholismo tiene grados,

y un asunto de la mayor importancia es el de poder valorar adecuadamente los síntomas para hacer diagnósticos precoces, sobre todo porque el alcoholismo inicial, es más susceptible al tratamiento. Más adelante nos referiremos a los "primeros síntomas" del alcoholismo.

3. Establece como característica esencial la ingestión excesiva de alcohol, *pese a la desaprobación general* ("...hasta el punto de que excede a lo socialmente aceptado"). Aquí se hace referencia a la imposibilidad de dejar de beber; o sea, al verdadero estado de farmacodependencia (alcohol-dependencia), ya que ante el rechazo social de su exceso en el beber, es evidente que el alcohólico preferiría dejar de hacerlo. No lo hace justamente porque se ha creado esa dependencia que primero es sólo psicológica, pero que con el tiempo y de manera inevitable será también física si continúa bebiendo.
4. Señala que la existencia de un *daño físico o mental* es una condición para el diagnóstico de un alcoholismo verdadero. Esto es lo que se indica en la última frase de la definición, donde se menciona la salud física, las relaciones interpersonales y la capacidad para el trabajo. Otra vez se hace evidente que la *cronicidad* es un elemento indispensable para el diagnóstico, puesto que sólo el tiempo lleva al padecimiento hasta las etapas en que el daño aparece. Por lo que toca a los males orgánicos que el alcoholismo acarrea, son todos de fácil reconocimiento, y el médico general los identifica porque el enfermo acude a consulta precisamente por los síntomas que provocan. Los aspectos mentales, en cambio, son de más difícil demostración en parte porque el paciente no está dispuesto a develarlos o no los admite y también porque habitualmente el médico no está familiarizado con las técnicas de entrevista apropiadas para explorar el psiquismo.

Con esto tenemos un marco conceptual que nos permite valorar cada situación individual. La definición del doctor Keller es buena para esos fines y, sin embargo, sabemos que hay *grados* de alcoholismo, y que entre un sujeto alcohólico y otros puede haber tanta diferencia como entre dos individuos normales. Hacen falta entonces otras definiciones secundarias y clasificaciones que ayuden a comprender mejor la situación particular de cada persona que ingiere bebidas alcohólicas, sea o no un alcohólico. Con frecuencia la gente califica

a los consumidores por la cantidad de alcohol que ingieren diariamente, pero advirtamos que ése no es un buen parámetro para hacer diagnósticos. Incluiremos algunas definiciones en relación a esto sólo con el fin de que el lector tenga una visión más completa del asunto, pero nadie deberá basarse en ellas para calificar la gravedad del problema en un caso particular. Iremos de lo menos a lo más grave:

Abstinencia es la ingestión de una cantidad muy moderada de bebidas alcohólicas (el equivalente a una o dos copas de licor), sólo en situaciones excepcionales, nunca más de 5 veces al año y sin llegar en ningún caso al estado de ebriedad. Abstinente es también, por supuesto, el que nunca toma alcohol.

Ingestión moderada de alcohol es el hábito (tal vez sería mejor decir la costumbre) de consumir menos de 100 mililitros de alcohol absoluto en un día, alcanzando menos de 12 estados de embriaguez al año.* La gran mayoría de las personas que han decidido no ser abstinentes, pero que tampoco son alcohólicos (o que *aún no lo son*) quedan dentro de esta designación. Afortunadamente el mayor porcentaje de ellas no pasa al nivel siguiente, pero ninguna queda a salvo de esa posibilidad. De hecho ni el abstinente tiene asegurado que *nunca* será un alcohólico. No son tan excepcionales los casos de consumidores mínimos de alcohol que finalmente, en una cierta etapa de sus vidas, empiezan a ingerirlo en forma excesiva y llegan a desarrollar un verdadero alcoholismo.

Ingestión excesiva de alcohol es la que comprende a los individuos que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de 3 días a la semana y en más de 100 mililitros de alcohol absoluto, cada vez. Esto equivale a más de un cuarto de litro de bebidas destiladas (tequila, vodka, whisky, ginebra). Si estos consumidores excesivos no reúnen los requisitos de la definición de alcoholismo que hemos dado, *no* son verdaderos alcohólicos, pero no deben quedarnos dudas de que un alto porcentaje de ellos está en el camino de serlo (lo veremos más adelante).

Para una mayor orientación, diremos que un típico "trago" de bebida alcohólica es equivalente a:

* Hablamos del alcohol *absoluto,* no de la bebida en sí.

- Una copa (de las pequeñas) de bebidas destiladas: tequila, vodka, whisky, ginebra (que tienen entre 40 y 50% de alcohol).
- Una copa de mesa de vino "fuerte" (el sherry, las manzanillas, el vino de postre), que tiene alrededor de 20% de alcohol.
- Un vaso (copa grande, para vino) de vino de mesa, que generalmente tiene entre 10 y 14% de alcohol.
- Un poco más de medio litro (568 mililitros o centímetros cúbicos) de cerveza (en México prácticamente ninguna tiene más de 5% y la gran mayoría oscila entre 3 y 3.2% de alcohol en peso).

Ahora bien, el alcoholismo tiene niveles de gravedad y no es lo mismo estar en las primeras etapas que sufrir la ruina física y mental como consecuencia de haber abusado del alcohol durante muchos años. Por eso es que para comprender de manera más completa el proceso de la enfermedad, tenemos que pasar de las definiciones a la clasificación, advirtiendo que el tema no es sencillo, incluso para el médico general. Sólo nos vamos a referir a una, la más aceptada, del doctor Jellinek, evitando hasta donde es posible la terminología médica. Antes, sin embargo, mencionaremos la división que muchos hacen del alcoholismo en dos grandes grupos; no se trata de una verdadera clasificación, pero conviene aclarar los términos ya que con frecuencia, y de manera por demás equivocada, se tiende a considerar que los individuos pertenecientes al primer grupo no son alcohólicos. Este primer grupo se llama *alcoholismo intermitente* y se caracteriza por la incapacidad que tienen los enfermos de detenerse una vez que han empezado a beber, así como por los periodos de abstinencia que se intercalan entre una y otra borrachera y que pueden durar semanas y hasta varios meses; el estado de embriaguez suele prolongarse por semanas, generalmente hasta que un problema serio de orden orgánico obliga al alcohólico a detenerse. Después de unos días, sobre todo si es atendido por el médico, se recupera físicamente y queda en espera de la siguiente etapa de intoxicación. El segundo grupo es el llamado *alcoholismo inveterado,* forma en la que el sujeto ha sufrido la pérdida de su libertad para abstenerse de ingerir alcohol y por ello tiene que hacerlo cotidianamente. Creemos que se comprende fácilmente cuál es la situación de un alcohólico de este grupo y no insistiremos sobre otras características, pero sobre el primero diremos algo más. En virtud de que durante los periodos de abstinencia el sujeto se conduce generalmente con toda normalidad, sus familiares y conoci-

dos tienden a creer que no se trata de un verdadero alcohólico. Sin embargo, esto es un error: si se cumplen los términos de nuestra definición no debe dudarse en considerarlo un enfermo. El estudio de la evolución de miles de estos casos demuestra sin lugar a dudas que se trata de alcohólicos cuya forma de intoxicación periódica los distingue de los casos más comunes.

El criterio de clasificación que se basa principalmente en el nivel de gravedad, es quizá el más empleado de todos. El doctor Jellinek utilizó en su clasificación ese factor, pero también las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o física del alcohol, para llegar a proponer 5 formas distintas de alcoholismo, a las que les dio nombres de letras griegas. Esta es su clasificación:

Alcoholismo alfa. Esta forma traduce una *dependencia exclusivamente psicológica,* que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aún de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo beta. *Se caracteriza por las complicaciones* que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica).

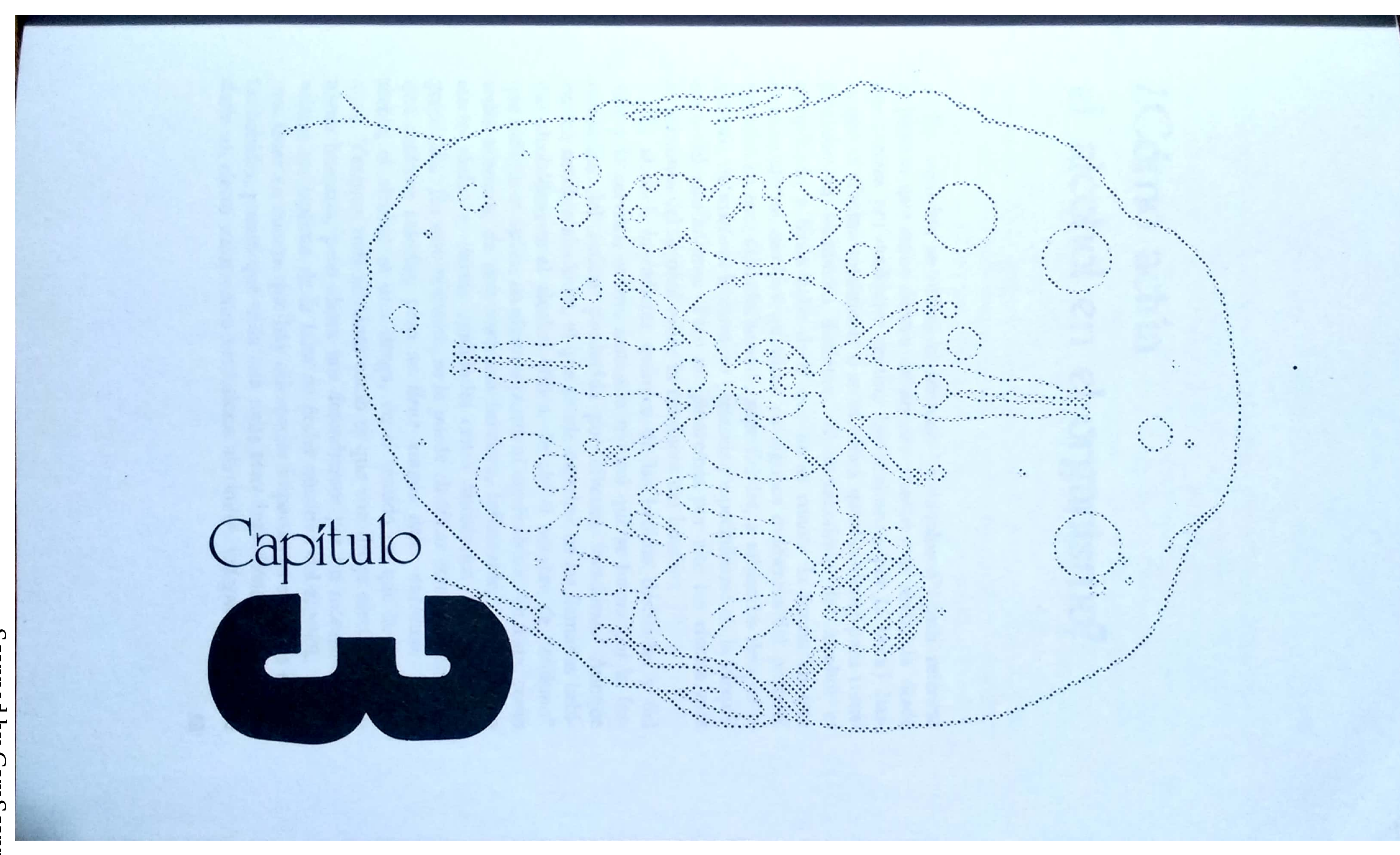
Alcoholismo gama. En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, *sí hay dependencia física y psicológica* con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aun meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. Según Jellinek, esta forma de alcoholismo se encuentra principalmente en los Estados Unidos de América y en los países anglosajones. Por supuesto, puede presentarse el *síndrome de abstinencia.*

Alcoholismo delta. Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, *el sujeto*

no puede abstenerse de beber ni aun por unos días. Se presenta el *síndrome de abstinencia.* Esta forma de alcoholismo es más común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.

Alcoholismo épsilon. Es el *alcoholismo periódico,* también llamado *"dipsomanía".* No debe confundirse con el tipo gama que tiene también periodos de abstinencia.

Tales son los tipos reconocibles de alcoholismo, dentro de los que caben prácticamente todos los sujetos alcohólicos. Pero es conveniente aclarar algunos aspectos clínicos, para no confundir estados de intoxicación aguda con el alcoholismo verdadero. Debido a las grandes variaciones individuales de respuestas al alcohol, ciertos sujetos reaccionan incluso ante ingestiones moderadas, de una manera tal que un observador no experto podría clasificarlos como alcohólicos. En realidad pueden serlo si reúnen las características que hemos señalado al definir el concepto, pero se trata de reacciones *patológicas* propias de un definido tipo de bebedor. La intoxicación o "ebriedad patológica" se caracteriza por una respuesta anormal ante la ingestión de dosis bajas de alcohol: desorganización de la conducta (con agitación, a veces extrema), cambios espectaculares del humor (del llanto a la risa o a la violencia), agresividad explosiva y amnesia variable. Bajo circunstancias especiales, el individuo puede llegar al homicidio a pesar de que la dosis ingerida sólo ocasiona en la gran mayoría de los sujetos normales discreta euforia y aumento de la capacidad de convivencia.



Capítulo 3

¿Cómo actúa el alcohol en el organismo?

En medicina se utiliza el término "metabolismo" para referirse al proceso que sigue dentro de nuestro cuerpo una sustancia desde que ingresa por cualquier camino (generalmente por la boca) hasta que se elimina totalmente o se modifica químicamente para transformarse en sustancias distintas. El metabolismo del alcohol es complicado y hasta cabe decir que no se conoce la forma en que ocurren ciertos cambios químicos en algunos momentos del proceso. Seremos en esto deliberadamente superficiales, a sabiendas de que la mayoría de nuestros lectores no pretenden especializarse en la bioquímica del alcoholismo. Pero no pasaremos por alto los efectos más importantes del alcohol sobre la conducta del hombre.

El alcohol, ingrediente químico de las bebidas destiladas y del vino y la cerveza, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen muchos alcoholes, el que puede ingerirse en las llamadas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico, de ahí el nombre de "etilismo" que todavía se aplica en algunas partes al alcoholismo. Se trata, como todos sabemos, de una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida. En otro contexto, se le puede clasificar como alimento, ya que contiene calorías, pero *no tiene ningún valor nutritivo.* Finalmente, el alcohol es una droga, en el sentido en que la definimos aquí. Veremos más adelante cómo es que esta droga afecta al organismo humano, pero ahora nos detendremos por un momento para aclarar los aspectos de la falta de poder nutritivo del alcohol. Debemos tener en cuenta que hay diferencias importantes entre las distintas bebidas, puesto que cada una tiene otros ingredientes que pueden darle un cierto valor como verdaderos alimentos, independientemente

de que, como ha quedado explicado, el alcohol puro carece por completo de esa cualidad.

Las bebidas se obtienen de diversas fuentes de azúcar mediante el proceso de la *fermentación.* La cerveza, por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos y el ron de la melaza de la caña de azúcar. Los licores fuertes sufren un proceso ulterior, el de la *destilación,* que produce una mayor concentración de alcohol por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras muchas se llaman "bebidas destiladas". Estas últimas prácticamente carecen por completo de valor alimenticio. Las que proceden sólo de la fermentación, en cambio, poseen el valor nutritivo que les dan sus otros ingredientes. La cerveza contiene carbohidratos y proteínas que son dos de las tres principales categorías de alimentos (la otra, la constituyen las grasas); también ciertos minerales indispensables para el cuerpo humano como el fósforo, calcio, hierro, potasio y manganeso, e igualmente algunas vitaminas como las que integran el complejo B, principalmente la riboflavina (B_2) y la niacina. Puede concluirse que la cerveza, bebida que además proporciona unas 470 calorías por litro, tiene un considerable valor nutritivo. Tal vez esta circunstancia es responsable, junto con los hábitos de alimentación, de que la cirrosis hepática como complicación del alcoholismo sea menos frecuente entre los consumidores de cerveza, de acuerdo con lo que hemos dicho en el capítulo 1.

El vino es también un alimento líquido que proporciona entre 600 y 1 000 calorías por litro, dependiendo de su contenido de azúcar. Aporta algunas vitaminas, como la C, la C_2 o vitamina P, la B_2 y la PP, y también ciertas sales minerales en su forma asimilable, como es el caso de la cerveza, pero prácticamente carece de proteínas comparado con esta última. En fin, vale decir que las bebidas obtenidas por fermentación (principalmente la cerveza, el vino y el pulque) son verdaderos alimentos nutritivos y que las destiladas no merecen esa denominación.

Como droga, el alcohol se clasifica entre las sustancias *depresoras* del sistema nervioso central. Muchos de los problemas que se relacionan con el abuso del alcohol tienen elementos en común con otras drogas, pero hay suficientes diferencias en cuanto a las repercusiones individuales y sociales, que justifican las acciones programadas de casi todos los países en contra del alcoholismo. Mencionaremos dos de ellas: *a*) la aceptación social y legal del uso del alcohol, y *b*) la

importancia del problema en términos del número de individuos involucrados, porcentajes de muertes, pérdidas económicas y otras consecuencias destructivas. No cabe la menor duda de que *las consecuencias negativas del alcoholismo, en la sociedad, son mucho mayores que las de cualquier otra forma de drogadicción.* En lo individual, en cambio, el daño físico y psicológico que causan otras drogas como la heroína, la cocaína, los barbitúricos y los estimulantes, las hacen desde luego trascender a un plano más peligroso y su farmacodependencia es más grave.

Quienes desconocen la forma en que esta droga actúa sobre la célula nerviosa, atribuyen al alcohol una acción estimulante basándose en que las primeras copas "excitan" al bebedor, haciéndolo generalmente más sociable. Es un hecho que un trago o dos producen casi siempre ciertos cambios en la conducta de tal manera que el sujeto *parece* estar estimulado. No es así. Lo que ocurre en realidad es que el alcohol, deprime primero los centros nerviosos que "controlan" la conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante los estímulos del medio. Al disminuir estos centros su influencia sobre las otras partes del cerebro, la conducta se "libera" por decirlo así, escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Desinhibido, el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción *depresora* sobre su sistema nervioso central, con lo cual se hace más notable si aumenta el sujeto la cantidad ingerida.

Existen muchos otros mitos respecto al alcohol. Más adelante nos referiremos a ellos, pero ahora conviene decir algo sobre la forma en que esta sustancia se conduce en nuestro organismo. Cuando una persona ingiere una bebida embriagante, el 20% del alcohol es absorbido inmediatamente en forma directa a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre. Al circular por el cuerpo, llevado por el torrente sanguíneo, llega prácticamente a todas las células del organismo y es posible identificarlo mediante pruebas químicas especiales. El otro 80% es "procesado" un poco más lentamente y también se absorbe, desde el intestino delgado, para circular en la sangre, pero es necesario notar que las cantidades asimiladas no necesitan prácticamente de una verdadera digestión. Si la ingestión de bebidas alcohólicas continúa en una forma moderada, digamos a razón de una copa cada hora, los niveles de alcohol en la sangre nunca son altos, porque se da al organismo el tiempo necesario para metabolizarlo y evitar su acumulación excesiva. En este caso, el efecto

es tranquilizante debido a la acción ligeramente depresora de una cantidad moderada de alcohol.*

Otra cosa sucede cuando la velocidad de ingestión y la cantidad ingerida rebasan los límites de lo que se llama "beber responsablemente" (véase el capítulo 6). Se dificultan la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan las funciones cerebrales superiores (el juicio, la memoria, la inteligencia) y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida. El alcohol circulante, directamente responsable de este verdadero envenenamiento, se metaboliza en el organismo mediante dos métodos: la eliminación y la oxidación. La eliminación se efectúa sobre todo por los riñones y los pulmones, de ahí el aliento alcohólico de quien ha bebido. Pero por estas vías (aliento y orina) solamente se elimina un 10% del alcohol ingerido, así que el organismo tiene que destruir por oxidación el otro 90%. La oxidación producida por el oxígeno contenido en la sangre es un proceso químico que cumple la función de transformar los alimentos en energía y calor. El alcohol etílico, como el azúcar y las grasas, se oxida en el cuerpo y se transforma en dióxido de carbono y agua. El primer cambio que se opera produce una sustancia mucho más tóxica que el propio alcohol, llamada acetaldehído, pero no alcanza a producir un envenenamiento porque a su vez se oxida muy rápidamente y por ello no se acumula. Todo el proceso de oxidación se lleva a cabo en el hígado.

Los efectos a largo plazo del alcohol sobre el individuo se mencionan más adelante y son en realidad los que delatan al verdadero alcoholismo. Los efectos inmediatos de una copiosa ingestión de bebidas embriagantes pueden describirse de acuerdo con la gravedad y progreso de la intoxicación. Algunos autores mencionan estas etapas:

Primera etapa: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. *Parece* excitado.

Segunda etapa: conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza del juicio y del pensamiento. Problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio).

Tercera etapa: confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables del comportamiento: miedo

* El alcohol es un *potente* depresor del sistema nervioso central (cerebro y centros superiores), pero obviamente una *pequeña cantidad* produce efectos tranquilizantes, que preceden a la verdadera depresión.

grave, agresividad, llanto, etc. Serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se le dice.

Cuarta etapa: incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconsciencia.

Quinta etapa: inconsciencia, ausencia de reflejos. Verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

Conviene recordar que no existe ningún remedio que ayude a poner sobrio a un sujeto en un tiempo menor que el que necesariamente consume el proceso de la oxidación del alcohol. Un hígado sano puede metabolizar el equivalente de una copa cada hora o cada hora y media, con la ayuda de la eliminación del alcohol en la orina y el aliento. Pero la rapidez con que se suceden las etapas de la intoxicación depende de ciertos hechos que mencionaremos ahora.

a) La velocidad con que se bebe. Es obvio que el beber "una copa tras otra" produce efectos casi inmediatos y no se percibe la diferencia entre las dos primeras etapas.
b) El estado del estómago. Si se encuentra vacío, el alcohol se absorbe mucho más rápidamente. Cuando el bebedor come alimentos sólidos antes de ingerir bebidas alcohólicas, la absorción es más lenta, pero eso es precisamente lo que no hacen los grandes bebedores.
c) Las características de la bebida. El vino, el pulque y la cerveza se absorben más lentamente porque contienen pequeñas cantidades de otras sustancias que retardan el proceso de la absorción. Estas sustancias no existen en las bebidas destiladas. El agua que suele mezclárseles puede hacer más lenta su absorción, pero ese efecto no se obtiene con las aguas carbonatadas o "gaseosas". Por el contrario, se ha comprobado que éstas hacen más rápido el paso del alcohol a la sangre.
d) El peso corporal del bebedor. Una persona de mayor peso diluye más la misma cantidad de alcohol que un individuo más pequeño o delgado. A mayor concentración de alcohol en la sangre, mayor rapidez de los efectos. Por eso las personas de menor peso están expuestas a un efecto más rápido e intenso.

e) Las circunstancias en que se bebe. Cuando ocurre de manera tranquila y confortable durante una conversación en un sitio silencioso, producirá un efecto menor y más lento que cuando se bebe en una fiesta donde hay otros muchos estímulos. La situación de desequilibrio emocional con angustia o depresión manifiestas, o bien el estado de cansancio físico y mental, pueden hacer que los efectos del alcohol sean más intensos de lo que resultaría habitual para la misma persona. También las expectativas ejercen su influencia: si uno espera emborracharse de verdad, los efectos se harán sentir más rápidamente.

Podríamos referirnos ahora a otros efectos directos del alcohol en el organismo, pero primero vamos a llamar la atención sobre las consecuencias más importantes de la acción depresora a la que hicimos referencia. Una de ellas es el alto porcentaje de muertes que ocurren en los accidentes automovilísticos. La pérdida de la eficacia en la coordinación muscular unida a la deficiencia del juicio que ocurren durante el estado de intoxicación alcohólica, hacen que el bebedor esté en peligro real cuando conduce un vehículo. La lentitud de los reflejos y el exceso de confianza son también dos factores que se suman a esta circunstancia, así que no debe sorprendernos que más del 50% de todas las muertes ocurridas en accidentes automovilísticos esté ligado a los estados de intoxicación alcohólica. Las estadísiticas más sólidas y las investigaciones más cautelosas señalan que cuando un sujeto medianamente alcoholizado conduce su automóvil aumenta 25 veces la posibilidad de sufrir o causar un accidente.* Las pruebas y estudios practicados llegan a miles y no hay la menor duda de que *cualquier* cantidad de alcohol ingerido disminuye la eficacia en el manejo. Cuando el nivel del alcohol en la sangre llega a 100 y 150 miligramos por litro el riesgo de accidentarse es muy alto. Cuatro o cinco copas tomadas en el término de una hora llevan fácilmente a ese nivel de alcoholización, de tal suerte que las conclusiones a las que el lector debe llegar son muy simples:

Después de haber ingerido bebidas alcohólicas *no se debe manejar*. Si se hace, deberá conducirse lentamente y con especial cuidado puesto que las facultades mentales y los reflejos no son normales. Pero lo mejor es dejar que conduzca quien no ha bebido.

* Charles R. Self y Frank A. Seixas dan este dato en una breve publicación titulada *La bebida, las drogas y la conducción de vehículos* (*Drinking, Drugs and Driving*). (Distribuido por The National Council on Alcoholism, Inc.).

Si es nuestro acompañante intoxicado quien se empeña en conducir, no se debe aceptar el someternos a un peligro real y, si es posible disuadirlo, debemos intentarlo, recordando que no es sólo una amenaza para sí mismo, sino también para otros seres humanos (las estadísticas no mienten).

Respecto a la violencia ligada al alcohol nuestros datos no son muy seguros, pero incluso los menos pesimistas señalan que más del 50% de los hechos de sangre ocurren como resultado de la intoxicación alcohólica. En algunos lugares del medio rural mexicano, probablemente las cifras son más elevadas, y en todo caso no deben quedarnos dudas de la fuerte relación que se establece entre el crimen y el alcohol. Las estadísticas de los países desarrollados son muy claras en ese sentido, lo cual no debe ser una sorpresa para nadie. Ya vimos cómo la acción desinhibidora del alcohol produce una exaltación de las emociones más primitivas y reduce la capacidad de juicio y el control de la conducta.

Hay todavía otros efectos sociales e individuales que no pueden ser cuantificados: el sufrimiento de la familia del alcohólico, la frustración, el dolor moral del propio enfermo, etc. Finalmente está el costo económico que se integra con una serie de cifras provenientes de los más diversos capítulos: hospitalización, accidentes, homicidios y lesiones, desempleo, ausentismo laboral... independientemente del mismo costo de las bebidas y lo que implica (la propaganda, por ejemplo). En México no hay estudios a fondo sobre el gasto social que la comunidad debe pagar por el alcoholismo, aunque a los que piensan que se exagera debiera hacerlos reflexionar las cifras que se han obtenido en otros países. En Estados Unidos, por ejemplo, se calcula que se gastan anualmente 25 000 millones de dólares por el abuso de las bebidas alcohólicas (con todas sus consecuencias).*

De los efectos del alcoholismo a largo plazo sobre el organismo y la vida psíquica del individuo nos ocupamos, de hecho, a lo largo de toda esta pequeña obra. Señalemos en este momento que los órganos que más sufren son el sistema nervioso, el hígado, el estómago (en general, el aparato digestivo), los riñones y el corazón. Las enfermedades que más comúnmente se presentan como complicación de la ingestión prolongada de alcohol son las siguientes: cirrosis hepática, gastritis, esofagitis, cardiopatía alcohólica **, dermatosis específicas

* Así se asegura en un folleto publicado en 1975 por Channing L. Bete Co. Inc. de Greenfield Mass., titulado *What Everyone Should Know About Alcohol.*

** Se designa así a un trastorno del corazón que produce debilidad y crecimiento del órgano; ocurre a veces en alcohólicos crónicos desnutridos.

(trastornos de la piel), malnutrición y otras. Los efectos sobre el sistema nervioso son particularmente importantes: polineuritis* psicosis,** ambliopía (cierta forma de pérdida parcial de la visión), degeneración del cerebelo, etc. En general, los estudios sobre mortalidad señalan que quien se inicia joven en el abuso de la bebida tiene una expectativa de vida 5 a 10 años menor que la del individuo no alcohólico. Por supuesto hay excepciones, que son las que sirven de ejemplos a los bebedores para sostener puntos de vista diferentes, erróneos desde luego, sobre la "inocuidad" del alcohol.

Investigaciones efectuadas en los últimos años señalan que los hijos de madres que sufren alcoholismo crónico y que siguieron bebiendo durante el embarazo, nacen con graves trastornos físicos entre los que destacan el bajo peso y tamaño, defectos congénitos del corazón, paladar hendido, deformidades de los pies, luxación de la articulación de la cadera, estrabismo y deficiencia del desarrollo físico antes y después del nacimiento. Todavía más severos que los problemas físicos que pueden afectar a los recién nacidos de madres alcohólicas, son los trastornos posteriores de la inteligencia y de la conducta debidos a los daños ocasionados en las células del cerebro durante la vida fetal.

El lector debe saber que con lo que hemos apuntado aquí no se agota el tema de los efectos del alcohol sobre el individuo y la sociedad. Pero este brevísimo resumen ha de servir, ese es nuestro deseo, para que por lo menos se desechen los mitos que de boca en boca se repiten. Para terminar, recordemos algunos de ellos:

El mayor problema de nuestra sociedad es la drogadicción, no el alcoholismo. Esta frase mil veces dicha es una gran verdad y un gran mito. Lo primero porque, efectivamente, la farmacodependencia es un mal individual y social de la mayor gravedad. Lo segundo porque se excluye de las drogadicciones al alcoholismo. El alcohol es una droga, un fármaco depresor del sistema nervioso... y el alcoholismo es la farmacodependencia que más daño causa ***a la sociedad.***

* La polineuritis es la inflamación de los nervios periféricos, principalmente de los miembros inferiores. El paciente sufre parálisis parciales, dolores y otros trastornos importantes. Para distinguirla de otros trastornos, se le da el nombre de polineuropatía alcohólica.

** La psicosis alcohólica suele denominarse psicosis de Korsakoff y consiste en un estado de demencia con pérdida de la memoria y confabulación (el paciente relata como hechos reales meras situaciones imaginadas, a veces estructuradas complicadamente).

El alcohol estimula y mejora la capacidad sexual. Una cosa es que el sujeto alcoholizado se muestre más interesado en el sexo (justamente porque se ha deteriorado el control de su conducta) y otra muy distinta que el alcohol le proporcione mayor capacidad para el coito. De hecho, ocurre lo contrario: interfiere de manera importante con el éxito de esa y otras funciones orgánicas.

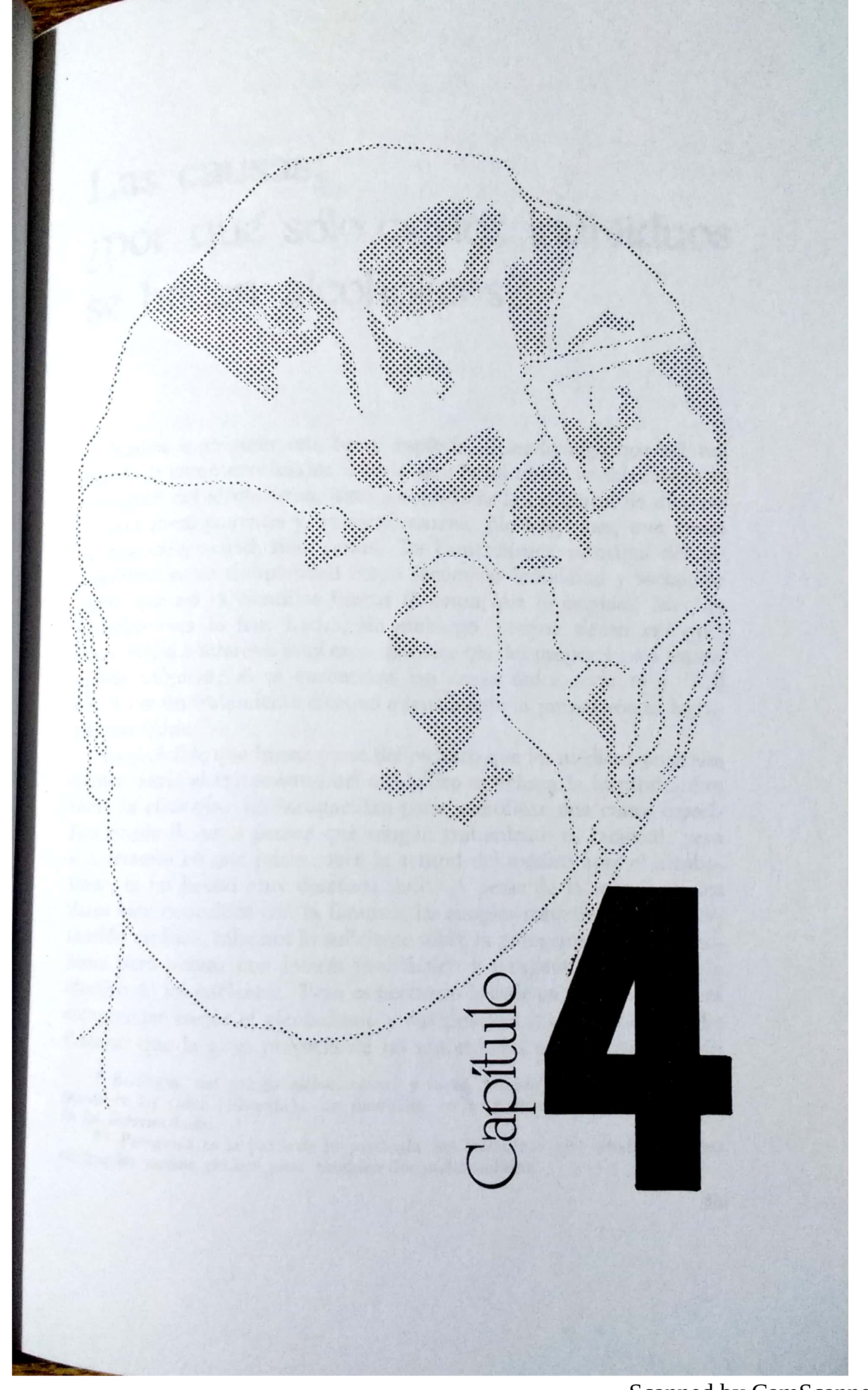
El bebedor social no es un alcohólico. El mero hecho de que alguien nunca tome solitariamente, no es garantía de que no tenga problemas con el alcohol. Lo importante es su incapacidad para controlar la ingestión de alcohol, cualquiera que sea el sitio donde beba, la forma en que lo haga y el tipo de bebida que escoja.

La gente es más amigable cuando ha bebido. Puede ser así. Pero también es cierto que muchos individuos se vuelven más hostiles, agresivos o deprimidos. Los homicidios y los suicidios ocurren con mayor frecuencia durante la intoxicación alcohólica.

El café concentrado es lo mejor para quitar la borrachera. Con café o sin café, el organismo tomará un tiempo para metabolizar el alcohol ingerido. No hay remedio alguno para lograr la sobriedad en corto plazo (ni los baños de agua fría ni otras medidas que suelen recomendarse).

Unos tragos ayudan a relajarse. Esto no es un mito sino una realidad, dependiendo de las circunstancias y la velocidad con que se bebe. Pero hay algo que también es cierto: si se toma el alcohol buscando sus efectos tranquilizantes o euforizantes, es hora de preguntarse si no se está empezando a depender de él.

Si se mezclan bebidas diferentes, el alcohol se sube más rápidamente y la "cruda" es peor. Lo que cuenta es la cantidad de alcohol ingerido. Ciertamente, si las bebidas contienen impurezas o son de muy baja calidad, a los efectos del alcohol se suman otros que pueden provocar serias molestias. Esto ocurre más frecuentemente con los destilados y con los malos vinos.


Capítulo
4

Las causas: ¿por qué sólo ciertos individuos se hacen alcohólicos?

Vamos a empezar este breve capítulo diciendo algo que tal vez debería ir como conclusión: todo lo que hasta ahora se sabe sobre la etiología * del alcoholismo, lleva a considerar la existencia de *diversos factores* predisponentes y desencadenantes. No hay, pues, *una* causa de esta enfermedad, sino *varias*. La característica principal del alcoholismo es su complejidad como fenómeno individual y social, de suerte que no es científico buscar *la causa* que lo origina. Muchos investigadores lo han hecho, sin embargo, porque tienen enfoques doctrinarios e intereses muy especializados que les proporcionan expectativas utópicas: si se encontrara esa causa única sería muy fácil establecer un tratamiento efectivo e igualmente la prevención se lograría con éxito.

Es probable que buena parte del rechazo que los médicos generales sienten hacia el tratamiento del alcohólico se deba a la incertidumbre sobre la etiología. La incapacidad para identificar una causa específica puede llevar a pensar que ningún tratamiento es racional, pero si acertamos en este juicio sobre la actitud del médico ante el alcoholismo, es un hecho muy desafortunado. A pesar de la mezcla de los datos bien conocidos con la fantasía, las simples conjeturas y la información errónea, sabemos lo suficiente sobre la patogenia** del alcoholismo para actuar con interés profiláctico y terapéutico en beneficio efectivo de los pacientes. Pero es necesario insistir en este punto: para comprender mejor el alcoholismo y sus problemas asociados, se debe destacar que la gran mayoría de las autoridades en la materia están

* Etiología, del griego *aition,* causa, y *logos,* tratado; es el estudio de las causas de las cosas (filosofía). En medicina, es la parte que estudia las causas de las enfermedades.

** Patogenia es la parte de la patología (en medicina) que estudia la forma en que las causas actúan para producir las enfermedades.

de acuerdo en que *no existe una causa simple,* sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia.

De acuerdo con los estudios del doctor Plaut, los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1. Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizá determinada fisiológicamente), que les hace experimentar intenso alivio y relajación.
2. Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
3. Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Estos puntos constituyen indudablemente un modelo que resume bien los diferentes factores que se invocan en relación con el problema del alcoholismo. En definitiva, mientras más estudios se acumulan, más claramente se ve que hay una gran variedad de circunstancias significativas en torno a la bebida, que son diversos los tipos de personalidad de quienes se convierten en alcohólicos y que existen muchas "razones" para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso.

1. LOS FACTORES FISIOLÓGICOS U ORGÁNICOS *

Adelantemos una conclusión: todo defecto hereditario, funcional, metabólico o nutricional, necesita la concomitancia de otros factores como los psicológicos y los socioculturales, para adquirir relevancia como precipitante del alcoholismo. En los últimos años se ha prestado una gran atención al estudio del metabolismo del etanol o alcohol etílico, las respuestas fisiológicas que produce y su influencia sobre la evolución de la enfermedad con sus complicaciones físicas y psicológicas. Aunque de las investigaciones se han obtenido muchos conocimientos de indudable utilidad, quedan aún sin respuesta las preguntas sobre si el alcoholismo es una aberración fisiológica.

* La fisiología es la ciencia que estudia la vida y las funciones orgánicas.

En cuanto a los estudios en el campo de la herencia existe alguna evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente; sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico. Por otra parte, no hay acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y tiende a predominar la idea de que se trata de un desarreglo de la química cerebral.

La teoría de la alergia como causa del alcoholismo es ya relativamente vieja y está prácticamente abandonada. Postula la presencia de un factor humoral específico que sensibiliza para favorecer la ingestión excesiva de alcohol. El doctor Howard W. Haggard reportó resultados negativos en sus investigaciones practicadas tanto en animales como en seres humanos, y junto a él otros investigadores han llegado a conclusiones semejantes. La realidad es que los estados alérgicos pueden ocurrir a partir de cualesquiera de las sustancias que se encuentran en las bebidas alcohólicas, incluido, por supuesto, el etanol mismo. Pero tales reacciones no son responsables del origen del alcoholismo, ya que no existe similitud entre los signos y síntomas de esta enfermedad y los de las alergias conocidas.

La llamada "teoría genetotrófica" de R. Williams y sus colaboradores de la Universidad de Texas, tiene aún cierta influencia tal vez porque abre posibilidades terapéuticas que de hecho proporcionan buenos resultados, si bien meramente paliativas. La hipótesis sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible de introducir más alcohol en el organismo. Atractiva como es, esta teoría no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica ni como tratamiento del alcoholismo. En realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los alcohólicos, se explican mejor como consecuencias y no como causas de la enfermedad.

Considerando algunos hechos de observación clínica se llegó a pensar, y más tarde a comprobar, que la ingestión continuada de alcohol estimula la producción de las sustancias que son necesarias para metabolizarlo. Los investigadores encontraron que tanto los individuos alcohólicos como los normales, cuando son estudiados bajo una situación controlada, aumentan la velocidad de metabolización

del alcohol, si éste se administra en fuertes cantidades por un periodo de 2 semanas. Ambos grupos muestran también un aumento en la producción de cortisona; en los sujetos alcohólicos, la producción de cortisona parece formar parte de una reacción general al consumo de alcohol, y es posible que esté asociada con el aumento de la ansiedad durante el periodo de mayor ingestión y quizás también durante la presentación de los síntomas de abstinencia. Los individuos que no son alcohólicos no muestran en general incrementos sostenidos tan altos en la producción de cortisona, ni tampoco los síntomas intensos de supresión del alcohol al terminar el periodo de ingestión del mismo, todo lo cual significa una clara diferencia fisiológica con los habituados a la alcoholización prolongada. Sin embargo, y a pesar de lo interesante de estos hallazgos, con frecuencia resulta difícil saber si lo que parecen respuestas metabólicas y fisiológicas específicas del alcohólico no son, en realidad, los efectos en vez de las causas de la ingestión excesiva de alcohol. Podemos, en consecuencia, establecer este criterio: la naturaleza del proceso de la farmacodependencia al alcohol, el desarrollo de los cambios fisiológicos a nivel de todo el organismo y de las alteraciones del sistema nervioso central que definen la adicción al alcohol, son hasta ahora asuntos no bien conocidos; más allá del obvio requerimiento de la ingestión intensiva y prolongada de alcohol para que se desarrollen la adición y la tolerancia, los determinantes mismos de estas dos condiciones son aún problemas por aclarar, y permanecen sujetos a la investigación científica.

La etiología del alcoholismo, entendida como las causas que originan el trastorno, no se define, según hemos visto, por los factores fisiológicos (al menos por ahora). Por otra parte, en cambio, el papel que estos factores juegan en *la evolución* del alcoholismo, es muy bien conocido en la actualidad. El alcohol, como ya hemos visto, tiene una acción depresora sobre el sistema nervioso central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión: una vez que ha sido metabolizado y sus efectos han desaparecido, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un periodo proporcional. Las manifestaciones clínicas, mientras dura la acción depresora, van desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la supresión de los centros vitales y la muerte, según se desprende de lo que dijimos en el capítulo anterior. Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común "a la mañana siguiente", en forma de temblores y agitación, molestias que pueden ser aliviadas

temporalmente con una nueva ingestión de alcohol. Esta mejoría de la fase de excitación mediante nuevas dosis, se va haciendo cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa. Eventualmente se convierte en una necesidad y llega a establecerse una dependencia física y psicológica. Pero, ¿cuándo cruza el bebedor los límites de la verdadera dependencia?, ¿cuáles son los mecanismos fisiológicos que están involucrados en el inicio del alcoholismo como enfermedad?; por ahora sólo hay respuestas parciales a estas dos preguntas, si bien se reconoce que en el campo de la fisiología se avanza prometedoramente hacia explicaciones cada vez más seguras sobre el fenómeno del alcoholismo.

2. LOS FACTORES PSICOLÓGICOS

Desde hace muchos años, sobre todo bajo la influencia del psicoanálisis, la búsqueda de una "personalidad prealcohólica" o de los rasgos de carácter "típicos del alcohólico", ha llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho son divergentes unas de otras y aun contradictorias. Tienen la intención común de poner en evidencia las tendencias específicas que llevan a los individuos al consumo excesivo del alcohol. En, 1949 el doctor P. Desclaux y otros autores hicieron una excelente revisión de este tema. Ya entonces se llegaba a las mismas conclusiones que adelantamos en este momento: no existe una "personalidad alcohólica" definida ni hay rasgos que puedan "explicar" el origen o la evolución del alcoholismo: nada de lo que se ha argumentado al respecto ofrece seguridades para diagnosticar el potencial de los individuos para convertirse en alcohólicos.

Los estudios clínicos más serios, aquellos que no intentan forzar los hechos para que quepan en la teoría escogida, demuestran la pluralidad de personalidades entre los alcohólicos. Por tanto, no debemos conceder importancia especial a ciertas teorías, como aquella que sostiene que el impulso básico hacia el consumo excesivo de alcohol, es la homosexualidad latente cuya represión se logra mediante la intoxicación sostenida. Tampoco se apoya en la ciencia el supuesto de que el alcohólico expresa una necesidad inconsciente de dominio, o un intento de escapar de los sentimientos de culpabilidad e incluso de ocultar "la incapacidad para dar o aceptar sentimientos genuinos".

Algunos investigadores han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las si-

guientes: se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero la verdad es que todas esas características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas, pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad. Por último, es conveniente recordar que ciertos estudios clínicos han demostrado, sin dejar dudas, que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos como podría creerse, y que, por otra parte, sí acentúa otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima.

Como cabía esperar, ocurre algo parecido en el caso de otras drogas capaces de producir dependencia. Repetidas investigaciones se han llevado a cabo tratando de encontrar una relación entre los tipos de personalidad y los patrones de consumo excesivo de fármacos, pero los resultados señalan, por el contrario, que *no* existe tal correspondencia. Algunas de las investigaciones se originan en teorías psicológicas no comprobadas; otras dan por sabido, incorrectamente, que los farmacodependientes constituyen grupos homogéneos; finalmente, algunos de los estudios no utilizan técnicas adecuadas para la discriminación tipológica de los sujetos. En 1974, el doctor H. A. Skinner y sus colaboradores encontraron que en un alto número de alcohólicos se pudieron establecer 16 grupos diferentes con base en 8 datos útiles para la clasificación caracterológica. La conclusión a la que evidentemente hay que llegar es la que ya habíamos adelantado líneas arriba: existen muchos diferentes tipos de individuos alcohólicos cuyas personalidades difieren ampliamente y cuya iniciación en el consumo excesivo del alcohol (o de otra droga en particular) lo mismo que sus necesidades de tratamiento, también son muy diferentes.

3. FACTORES SOCIOCULTURALES

¿Por qué el alcoholismo se encuentra tan extendido en algunos grupos nacionales, culturales y religiosos, en tanto que es más bien raro o excepcional en otros? Si tuviéramos una respuesta segura a esta

pregunta, encontraríamos la explicación causal del consumo excesivo de alcohol; por desgracia no es así, a pesar de que uno de los caminos más prometedores en lo que toca a la búsqueda de las causas del fenómeno que nos ocupa, es precisamente el del estudio de los factores sociales y culturales precipitantes y coadyuvantes. Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, las regiones y las naciones. Sabemos ya algo acerca de las diferencias socioculturales que agravan el problema en el norte de Francia, y en países como Suecia, Suiza, Polonia, Rusia y Estados Unidos, en tanto que permiten un porcentaje de individuos alcohólicos relativamente bajo en Grecia, China e Israel. En general, las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con *menor número de alcohólicos* tienen las siguientes características: *

a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
b) Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de *componentes no alcohólicos,* como la cerveza y el vino.
c) Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente con las comidas.
d) Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
e) No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
g) En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
h) Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las "reglas del juego en el beber".

Estas características no deben ser olvidadas en los programas de prevención del alcoholismo. Tal vez se puede influir en algunas de ellas, si es que ya las hay en la comunidad, con el fin de acentuarlas.

* Adaptado de: *Alcohol and Alcoholism. Problems, Programs and Progress.* DHEW Publication, núm. (HSM) 72-9127. Maryland, National Institute of Mental Health, National Institute on Alcohol and Alcoholism, 1972.

Y donde no existen, quizás puedan crearse mediante la persuasión adecuada. Seguramente ninguna medida de este tipo bastará por sí sola para bajar los índices de alcoholismo, pero es evidente que coadyuvarán en la prevención de esta farmacodependencia.

Por otra parte, estos hallazgos parecen apoyar las explicaciones que algunos autores dan como base de ciertos "modelos sociológicos". El doctor Bales, por ejemplo, basándose en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, ha propuesto la existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo: *a*) el grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas; *b*) las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol; y *c*) la medida en la que provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades.*

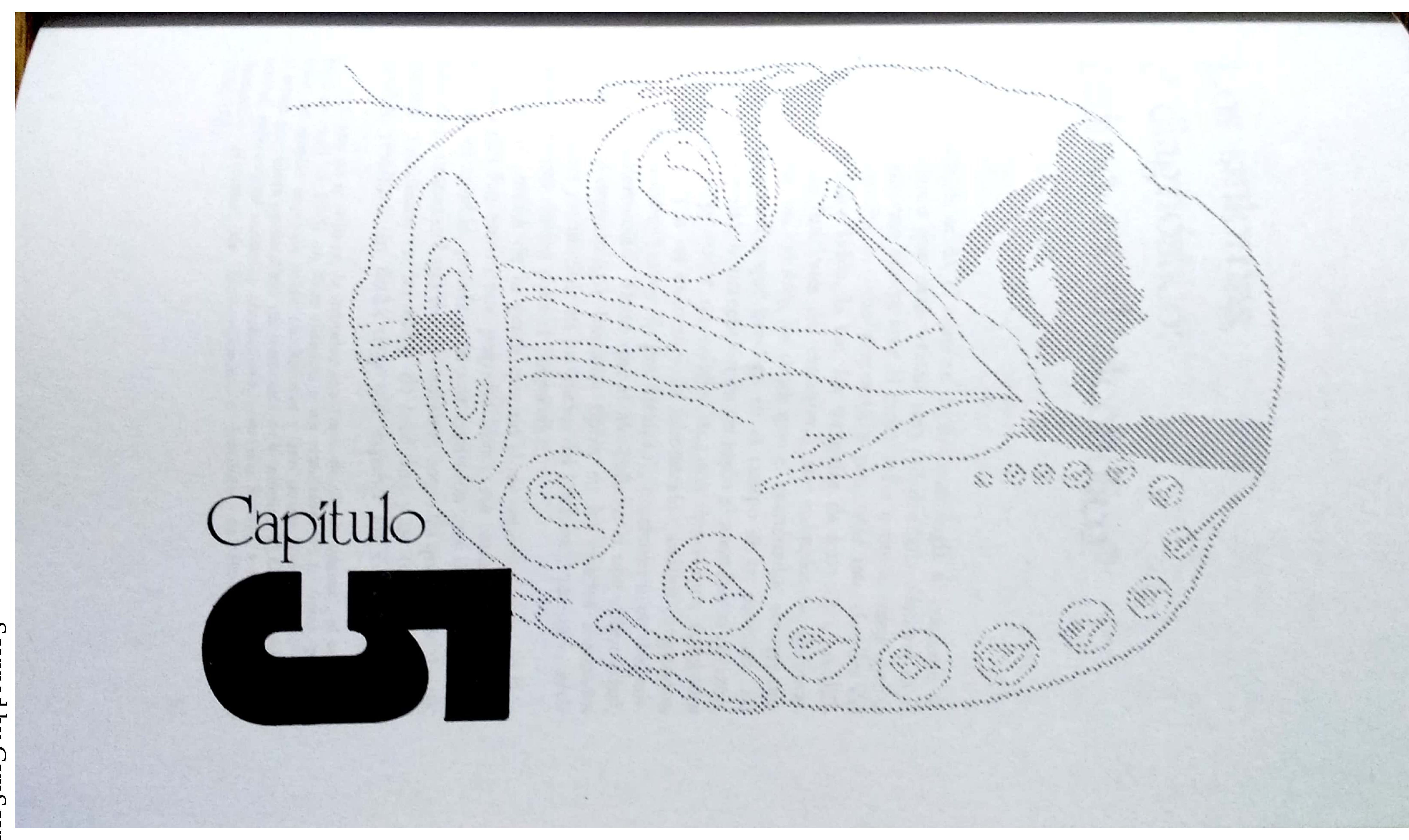
Como una consecuencia lógica de su tesis, Bales supone que una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida, los conflictos sociales y la insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas se clasifica, de acuerdo con este autor, en *a*) abstinencia; *b*) uso ritual en ceremonias religiosas; *c*) uso social en situaciones de convivencia; y *d*) uso utilitario, en el cual la "razón" para beber es individual. Esta actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la génesis del alcoholismo. Pero el significado que puedan tener estas conclusiones debe en todo caso establecerse mediante la evaluación de los programas preventivos y es difícil localizar en un estudio los resultados directos de una o varias acciones aisladas. Otra teoría interesante, ésta de carácter subcultural, es la que propone que hay individuos que se sienten alienados de su propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos. Este estado psicológico especial, que ha recibido el nombre de "anomia", facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y en general a usar drogas que causan dependencia.

El concepto de anomia es importante como explicación de muchas conductas desviadas y no sólo como factor influyente en ciertas formas de alcoholismo. Se ha utilizado, por ejemplo, para tratar de explicar

* El artículo del doctor R. Bales fue publicado en *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* núm. 6, 1946, bajo el título de "Diferencias culturales en las tasas de alcoholismo" ("Cultural Differences in Rates of Alcoholism").

el fenómeno de la delincuencia juvenil y de otras conductas delictivas. La anomia se puede entender como una actitud individual o como una condición social, pero aun cuando ambas interpretaciones se apliquen a realidades distintas, se supone que los individuos caracterizados por la anomia son más susceptibles de conducirse en forma no aceptada por la sociedad en que viven. Tal es el caso de un consumo excesivo de bebidas alcohólicas, hasta llegar al alcoholismo verdadero. En fin, esta explicación podría aplicarse al menos a un corto número de individuos pertenecientes a un cierto tipo de sociedad.

Como puede muy bien deducirse de lo que hemos dicho sobre los factores socioculturales, estos tienen una gran participación en la génesis y el desarrollo del alcoholismo. Su influencia se reconoce como muy importante y ningún esfuerzo preventivo o terapéutico podría dejarlos de lado en un programa integral. Pero una vez más tenemos que repetir que el alcoholismo se origina a partir no de una causa simple, sino de una interacción compleja de los factores fisiológicos (orgánicos), psicológicos y sociales o socioculturales. Como siempre ocurre en el desarrollo científico, una vez que se conocen mejor las partes de un fenómeno se renuncia a las explicaciones únicas, simples y definitivas, para buscar, con mayor humildad, causas más complicadas y verdades parciales que nos acerquen paulatinamente a la comprensión total del problema.



Capítulo 5

Los síntomas, el diagnóstico: ¿cómo es el alcohólico?

En medicina se da el nombre de sintomatología al conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad. *Síntoma* es el dato que el enfermo aporta ante el examinador como la queja que lo lleva a la consulta o como respuesta a preguntas intencionales del médico. El dolor físico, la tos, las molestias de todo tipo, las dificultades en las funciones del organismo, son ejemplos de síntomas. Los *signos* son, en cambio, los datos que el examinador obtiene mediante la exploración que practica en el cuerpo de su paciente. La velocidad del pulso, la percepción de un soplo al auscultar el corazón, la respuesta al provocar un reflejo, etc., son signos que, agregados a los síntomas y a los exámenes de laboratorio (análisis sanguíneos, etc.) y de gabinete (rayos X, por ejemplo), conducen a un *diagnóstico* de la enfermedad. Dado que el alcoholismo *es* una enfermedad, posee una sintomatología bastante típica en los estados avanzados aunque menos reconocible en los inicios del trastorno, que debe servir como elemento clínico para el diagnóstico.

Para el común de la gente que no tiene conocimientos médicos (y para ella fue escrito este pequeño libro), no tendría mucha utilidad y sí, en cambio, podría provocar confusión una descripción detallada de la sintomatología del alcoholismo, como las que, por lo demás, pueden consultarse en las obras de medicina y de psiquiatría.* En cambio, resultará sin duda muy útil exponer los síntomas y datos

* Como ya se dijo en la introducción (nota de pie de página), el autor publicó en abril de 1980 un libro dirigido a los estudiantes de medicina, que contiene un amplio capítulo sobre alcoholismo y que puede recomendarse también al lector que desee profundizar un poco más en el asunto. El libro se titula *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo, conceptos básicos,* y fue editado por la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES).

esenciales tal como pueden apreciarse *en la conducta del alcohólico*, aunque no sea un procedimiento estrictamente médico. Suponiendo una duración promediada de la enfermedad de 20 años o más, podemos exponer *el comportamiento* reconocible del alcohólico dividiéndolo en tres etapas:*

Síntomas iniciales, alcoholismo incipiente (periodo que consume unos 10 años). El sujeto, ya un consumidor regular de bebidas alcohólicas, se hace promesas a sí mismo y a los demás: "La próxima vez me controlaré mejor", "conozco bien mis límites y nunca me propaso". Dice mentiras: miente deliberadamente respecto del número de tragos tomados o niega haber ingerido bebidas alcohólicas, aún ante la evidencia en contrario. Toma con rapidez y se queja de que otros "la platican demasiado". Suele tomar uno o más tragos antes de asistir a una reunión o espectáculo en los que se servirán bebidas. Tiene ciertos momentos escogidos para beber: antes de la comida, al término del trabajo, antes de cenar o de eventos especiales (citas importantes, el teatro, reuniones, etc.) e igualmente con motivo de ciertos estados de ánimo: cansancio, nerviosismo, depresión. Sus hábitos de alimentación no están muy afectados, pero puede verse ya una tendencia a dejar más sitio a la bebida durante las comidas, a tratar de mejorar el apetito con licores especiales, a prolongar mucho el tiempo de la ingestión de alimentos, etc.

Síntomas intermedios (ocupan de dos a cinco años a partir de la terminación del periodo anterior). Las promesas y mentiras son ahora más frecuentes y más graves, pues el bebedor excesivo tiene que ocultar el hecho de que *él bebe en una forma diferente*. Generalmente trata de crear el mito de que se detiene cuando quiere y sus engaños tienen por objeto apoyarlo a pesar de que en su interior se da cuenta de su incapacidad. Al mentir y prometer persigue también otros fines: evitarse problemas en el trabajo, no exponerse a las críticas, prevenir escenas en el hogar. Se distingue por beber más y más rápidamente que sus amigos y por estar siempre preparado para las oportunidades de hacerlo; es decir, no le faltan

* El doctor Marty Mann escribió en 1958 un libro titulado *New Primer on Alcoholism* (Holt, Rinehart and Winston, New York, Publishers). El capítulo "How to Know an Alcoholic" (Cómo conocer a un alcohólico), fue reproducido con ese mismo nombre por el National Council on Alcoholism de Estados Unidos y en él nos hemos basado para esta descripción.

las bebidas en casa, en el coche, en el trabajo. Prefiere los aperitivos en la cantina y no en la casa, inicia la comida ya con cierto grado de intoxicación y su alimentación suele ser muy irregular e insuficiente, a horas inadecuadas y a base de alimentos distintos a los del consumo hogareño cotidiano. Con frecuencia está "irritable", cansado o deprimido y necesita "un trago" para sentirse mejor. Durante las últimas etapas de este periodo intermedio aparecen o se acentúan algunas manifestaciones importantes: el sujeto empieza a beber a horas que antes eran respetadas (durante el trabajo, por ejemplo), bebe en forma solitaria, se excede durante el fin de semana, pasándolo a veces en estado continuado de ebriedad manifiesta, bebe al despertarse e inicia la semana de trabajo en mal estado físico. Un dato importante y fácilmente reconocible es el de que su irritabilidad se intensifica durante los cortos periodos de abstinencia.

Síntomas tardíos. Alcoholismo avanzado: hasta la pérdida de la salud mental, la muerte... o la recuperación. Ahora el alcohólico "bebe para vivir y vive para beber", come muy poco y sin orden y permanece en estado de ebriedad en momentos muy inadecuados, como en el trabajo, en una entrevista para lograr un nuevo empleo, en los oficios religiosos o en una cita importante. Sin embargo, muchos sujetos en esta etapa son capaces de causar una buena impresión en una primera entrevista y hasta llegan a convencer sobre su autocontrol. Los olvidos de lo ocurrido durante el estado de embriaguez aumentan ("lagunas mentales" de la borrachera), los periodos de intensa y continua ingestión de alcohol son más prolongados dependiendo del estado financiero y de las condiciones físicas del individuo. Ésta es la etapa en la que se pierde el trabajo y se cae en la repetición de los fracasos laborales descendiendo en la escala social y en la calidad del empleo. Como la adicción es ya grave, ha de conseguir dinero recurriendo a cualquier medida, aun con riesgo de enfrentar problemas con la justicia. La relación familiar es imposible o se ha perdido, y es frecuente ver que el alcohólico parece indiferente ante el sufrimiento de los suyos. Las complicaciones físicas son la regla y aun la pérdida del sentido del tiempo.

Éste es el camino que recorre el alcohólico desde el inicio de su farmacodependencia hasta el derrumbe total. Cuando, por la intervención médica especializada o por la ayuda recibida por otras instancias sociales (Alcohólicos Anónimos, por ejemplo), se inicia después un "camino de regreso" que alcanza con el tiempo el éxito total, se

integra un ciclo que se ha resumido en una gráfica muy significativa y aceptada por los expertos. Esta gráfica que incluimos (figura 4) fue originalmente publicada en una revista científica inglesa de gran prestigio.* En ella pueden recordarse los principales datos de cada etapa cuyos síntomas hemos mencionado tan someramente.

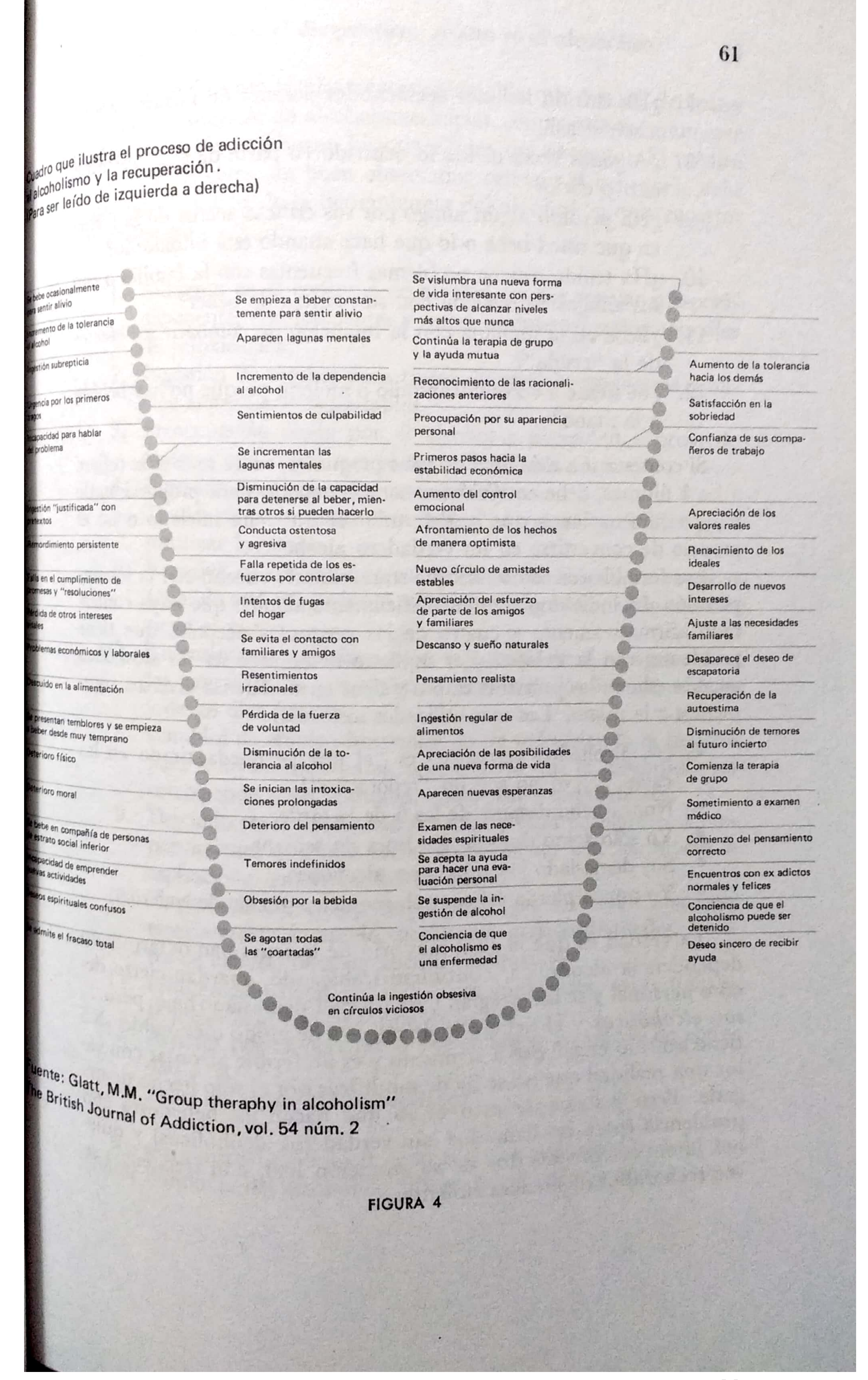
Seguramente no hemos hecho otra cosa que recordar al lector algo que por observación personal ya sabía: el inexorable curso que sigue una enfermedad que deteriora de necesidad la personalidad y la vida social y familiar de quien la padece. Pero lo que dijimos le proporciona un conocimiento mejor y más sistematizado de este proceso que recorren no pocos familiares, amigos o conocidos nuestros. Ahora bien, si este curso de los acontecimientos en torno a la vida del alcohólico es tan grave y con frecuencia inevitable ¿no es lo más importante el poder identificar *a tiempo* a los que más tarde, si los dejamos sin ayuda, serán alcohólicos? Así es, en efecto, pero a fuerza de ser honestos digamos que siendo tal identificación posible y hasta segura, en la gran mayoría de los casos muy poco podremos hacer para convencer al bebedor de *que es un alcohólico* potencial y de *que necesita ayuda.* En torno a este asunto se han elaborado cuestionarios para ser aplicados por uno mismo. Si se responde con sinceridad y mediante un ejercicio honesto de introspección, pueden obtenerse conclusiones útiles que a veces, cuando se reconocen en su verdadero significado, pueden modificar favorablemente el curso de la farmacodependencia. Uno de los más conocidos y aceptados de estos cuestionarios es el siguiente:**

Autovaloración sobre la ingestión alcohólica

1. ¿Piensa y habla usted con frecuencia acerca de la bebida?
2. ¿Bebe más ahora que antes?
3. ¿Bebe más de prisa que los demás?
4. ¿Toma usted frecuentemente con la intención de "relajarse"?
5. ¿Ingiere usted varias copas aun cuando se había propuesto no hacerlo?
6. ¿Se ha sentido culpable o apenado por sus estados de ebriedad?

* The British Journal of Addiction, vol. 54, núm. 2. El artículo fue escrito por el Dr. M. M. Glatt bajo el título "Group Therapy in Alcoholism".

** *All in the Family* es una publicación de U. S. Jaycees Products Division, patrocinada por el N.I.A.A.A. de Estados Unidos. En ella se publicó este cuestionario. Aquí lo hemos transcrito haciéndole ciertos cambios para adaptarlo a nuestro medio.



Fuente: Glatt, M.M. "Group theraphy in alcoholism" The British Journal of Addiction, vol. 54 núm. 2

FIGURA 4

7. ¿Ha sufrido lesiones accidentales después de ingerir bebidas alcohólicas?
8. ¿Algunas veces olvida lo ocurrido (o parte de ello) mientras estuvo ebrio?
9. ¿Ha perdido algún amigo por sus críticas acerca de la forma en que usted bebe o lo que hace cuando está intoxicado?
10. ¿Ha tenido o tiene problemas frecuentes con la familia o con sus amigos en relación con su manera de beber?
11. ¿Bebe en la mañana con la intención de combatir los efectos de la "cruda"?
12. ¿Se siente a veces intranquilo o molesto porque no hay bebida a la mano?

Si contesta *sí* a más de 3 de estas preguntas, sobre todo si se refiere a las 4 últimas, debe entrevistarse con un experto para proporcionarle mayor información y que se determine si usted ha iniciado o no el proceso de convertirse en un verdadero alcohólico.

Los formularios como éste que transcribimos chocan con la incomprensión del individuo común. Difícilmente alguien que haya contestado afirmativamente a cuatro de las preguntas aceptará que tiene problemas con la bebida. Por supuesto nadie cree ser un alcohólico cuando está en las primeras etapas y tiene en su defensa diversos argumentos a la mano. Los más utilizados son éstos:

- Un alcohólico verdadero es "el que se queda tirado en las calles"...¡yo no soy un "teporocho"!
- Nunca bebo después de las 5 de la tarde...
- Yo sólo tomo durante los fines de semana.
- Soy demasiado joven para ser alcohólico.
- Yo nunca pierdo mi control, me detengo cuando quiero...

La verdad es que la gran mayoría de quienes han desarrollado dependencia alcohólica, continúan trabajando, guardan cierto decoro personal y se las arreglan para no caer demasiado bajo, pero... *son alcohólicos* y el tiempo lo demuestra de modo inexorable. No tiene sentido engañarse a sí mismo y es preferible afrontar con valor una realidad que no se ha de modificar por el sólo hecho de negarla. Pero justamente esto es lo que hacen los bebedores con problemas (para no llamarlos aún verdaderos alcohólicos) y quienes intentan convercerlos de su situación real, con frecuencia se ven rechazados de manera violenta.

Un procedimiento técnicamente inobjetable que nos dé elementos para el diagnóstico de un alcoholismo inicial, comprende naturalmente la elaboración de una buena historia clínica del paciente. El médico (y también, es claro, un buen observador cercano al bebedor), *debe* sospechar el inicio de la dependencia del alcohol, si existen estos antecedentes:

1. Aumento en el consumo de alcohol, ya sea regular o esporádicamente, con frecuentes y quizá no intencionados episodios de intoxicación.
2. Ingestión de alcohol para tratar de resolver problemas o aliviar síntomas desagradables.
3. Preocupación obvia por el alcohol y necesidad expresa de tomarse una copa, que se repite habitualmente.
4. Ingestión de alcohol "a escondidas".
5. Tendencia a inventar "coartadas" o pretextos débiles para justificar la bebida.
6. Negativa a aceptar que su consumo de alcohol es excesivo (cuando esto ya es obvio) y expresar disgusto cuando se menciona el punto.
7. Ausentismo laboral frecuente, especialmente si se siguen ciertas pautas, como por ejemplo, después de los fines de semana y de los días festivos.
8. Cambios de empleo frecuentes, sobre todo cuando la persona pasa a niveles más bajos, o el trabajo que se desempeña no corresponde a sus aptitudes, educación y antecedentes.
9. Descuido en la apariencia personal y falta de higiene. Comportamiento y ajuste social inconsistente con los niveles o aspiraciones anteriores del individuo.
10. Persistencia de quejas corporales vagas sin causa aparente, especialmente insomnio, problemas gastroinstestinales, dolores de cabeza, falta de apetito (anorexia).
11. Problemas maritales y familiares constantes, sobre todo si se relacionan con su forma de beber.
12. Arrestos por embriaguez o por conducir en estado de ebriedad.
13. Beber las copas "de un solo trago".

No sería prudente deducir de lo anterior que existe un solo patrón de conducta del alcohólico. En realidad, cada alcohólico tiene

sus propios caminos. Pero *todos* participan de este hecho: el hábito de beber alcohol se les ha vuelto *incontrolable*. Las etapas que hemos señalado, sin embargo, contienen los datos que con mayor frecuencia se repiten cualesquiera que sean los patrones de conducta individuales. Uno más que vale la pena considerar es el de la tolerancia, fenómeno que consiste en la capacidad que al principio y durante un tiempo variable tiene el organismo para "adaptarse" a la acción de una droga, de tal manera que se necesitan mayores dosis para producir los mismos resultados. No todas las drogas provocan tolerancia, pero el alcohol sí, sobre todo durante la primera de las etapas descritas, de tal suerte que el bebedor puede ingerir notables cantidades de licor sin que "se le suba" fácilmente. Pero más adelante ocurre precisamente lo contrario y esto puede empezar antes de que termine la primera fase de la sintomatología, entre los 5 y los 10 años de ser un bebedor más o menos "fuerte". Todo mundo sabe que existe esa circunstancia, pero pocos la relacionan con la gravedad que traduce respecto al proceso del alcoholismo. Así, se oye con frecuencia: "a fulano ya se le sube fácilmente. . .", "antes aguantaba mucho, pero ahora se emborracha con la primera copa", etc. Y, por supuesto, no falta razón en estas apreciaciones que son producto de la observación y la convivencia con bebedores en problemas.

Si deseáramos aislar los aspectos sobresalientes de las etapas sintomatológicas, llegaríamos al siguiente resumen:

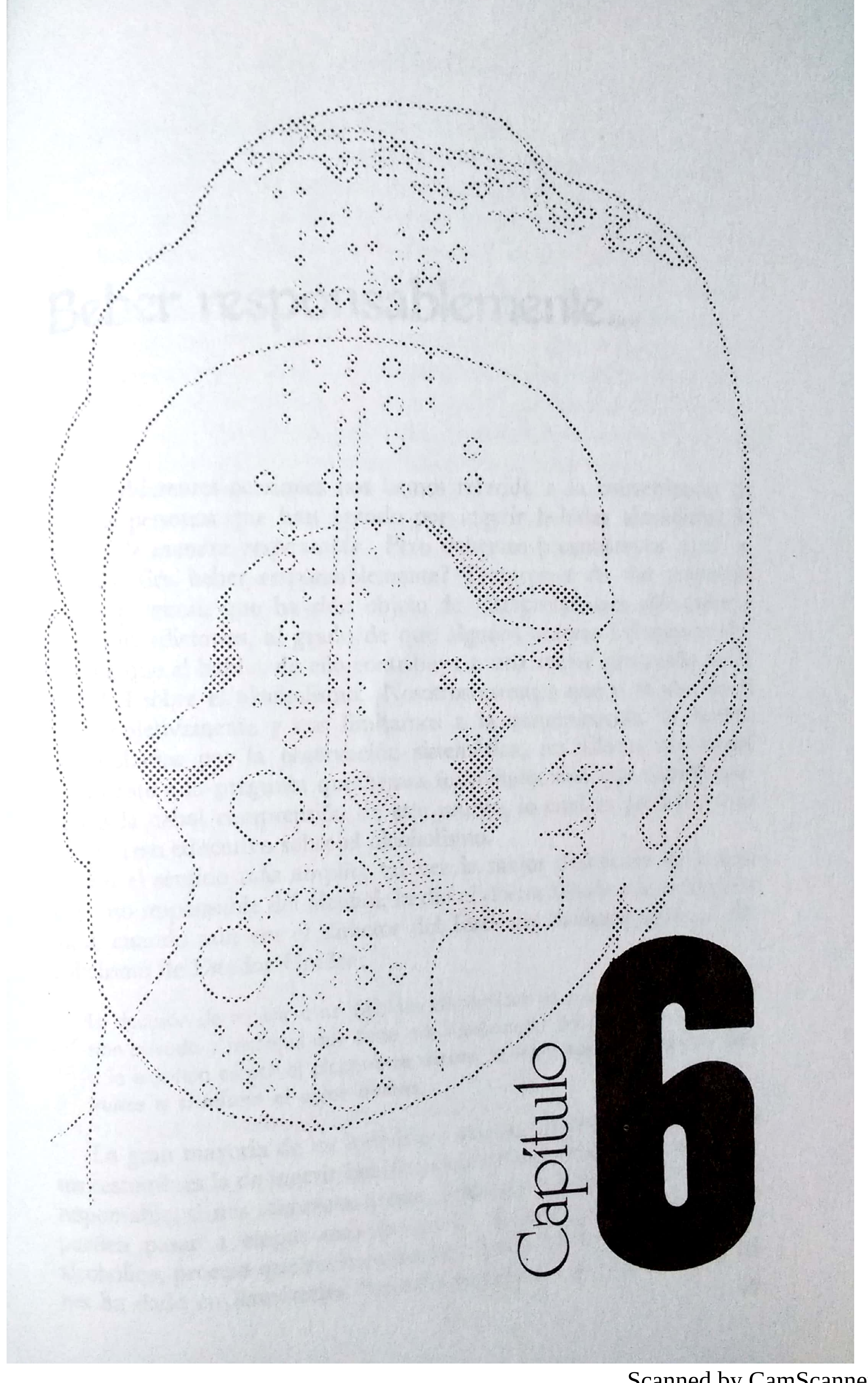
Primera etapa: Difícil distinción entre "bebedor social excesivo" y "alcohólico inicial". Duración promediada: 10 años.	1. Promesas repetidas →incumplimiento, generador de angustia y culpa. 2. Ingestión cada vez más frecuente para disminuir la tensión emocional. 3. Incremento de la tolerancia al alcohol. 4. Cambios iniciales de la personalidad: mayor irritabilidad, primeras "lagunas mentales".
Segunda etapa: Se establece con mayor claridad el círculo vicioso: bebida →angustia y culpa →aislamiento y desaliento →bebida otra vez...	1. Actitud de negación y ocultamiento del ya evidente problema de alcoholismo. 2. Ingestión de alcohol *por la mañana y a solas.* 3. Signos visibles de un permanente efecto del alcohol, incluso en el trabajo. 4. La bebida se vuelve una necesidad *cotidiana.*

Tercera etapa:

Empieza la ruina total: ausentismo laboral, incumplimiento e ineficiencia, alcoholización permanente, graves dificultades familiares, sociales, financieras, físicas...

1. Soledad: el individuo se va quedando sin amigos...él mismo los evita.
2. Se vive para beber: casi no se come. Ayuda médica parcial, ocasional e inefectiva (vitaminas, tranquilizantes).
3. Cambios intensificados de la personalidad.
4. Trastornos psicofísicos importantes: temblores, malnutrición, debilidad, alucinaciones...

Al llegar al final de la tercera etapa "se ha tocado el fondo" y no quedan más que dos opciones: el derrumbe definitivo hacia la invalidez y la muerte... o el principio de un lento retorno, casi siempre con ayuda médica especializada, apoyo familiar y de grupos como Alcohólicos Anónimos.



Capítulo 6

Beber responsablemente...

En diferentes ocasiones nos hemos referido a la conveniencia de que las personas que han optado por ingerir bebidas alcohólicas lo hagan *de manera responsable*. Pero debemos preguntarnos ¿qué es, qué significa beber responsablemente? Trataremos de dar respuesta a esta pregunta que ha sido objeto de interpretaciones diferentes y aun contradictorias, al grado de que algunos autores influyentes dudan de que el hablar de ello contribuya a una mejor educación de la sociedad sobre el alcoholismo. Nosotros creemos que si se aborda el tema objetivamente y nos limitamos a la comunicación de hechos comprobados por la observación sistemática, no sólo se contestará seriamente a la pregunta que hemos formulado, sino que contribuiremos a la cabal comprensión de este asunto, lo cual *es parte esencial* del proceso educativo sobre el alcoholismo.

En el sentido más amplio, tal vez la mejor definición de lo que es el uso responsable del alcohol, la dio el doctor Chafetz hace algunos años, cuando aún era el director del Instituto Nacional sobre el Alcoholismo de Estados Unidos:

> La decisión de ingerir o no bebidas alcohólicas es propiamente una decisión privada y personal que tiene que tomar cada individuo. Sin embargo, si la elección es por el alcohol, **se asume la responsabilidad de no destruirse a sí mismo ni a los demás.**

La gran mayoría de los individuos que han decidido aceptar entre sus costumbres la de ingerir bebidas alcohólicas lo hace de una manera responsable, si nos atenemos a esta definición. Pero muchos de ellos pueden pasar a etapas más peligrosas de este proceso de hacerse alcohólico, proceso que suele consumir algunos años. A ellos y a quienes ha dado en llamárseles "bebedores sociales", es a quienes les irá

Scanned by CamScanner

muy bien un mejor conocimiento sobre las consecuencias del abuso y la manera como se puede beber responsablemente. Dicho en otras palabras: el alcohol forma parte de nuestra cultura, está entre nosotros y no hay razón alguna para suponer que desaparecerá de la escena cotidiana, ¿tiene algún sentido proscribirlo?, ¿ganamos algo estigmatizando a quien lo ingiere excesivamente?, ¿no resulta más sensato mostrar un camino razonable para su consumo? Si es así, es obvio que necesitamos definiciones aún más precisas, lineamientos todavía más claros sobre la fuerte responsabilidad de los individuos ante el alcohol.

Como en otras actividades humanas, la de beber alcohol está determinada para cada individuo por sus actitudes y valores, el conocimiento (o desconocimiento) de los hechos relativos al alcohol, sus motivaciones personales, la herencia, el medio cultural y el contexto social en el que vive, etc. Sin embargo, cualquiera que sea la variación en cada uno de estos factores, podemos establecer algunos principios que parecen dirigir las acciones de quienes sí beben responsablemente. Helos aquí:

- Beber *no* es algo esencial en la vida. Quienquiera que haya decidido no beber por razones médicas, económicas, religiosas o cualquier otra, no debe recibir presiones de nadie (ni mucho menos humillaciones).
- La capacidad de beber excesivamente no indica distinción alguna, ni es signo de mayor virilidad o masculinidad. De la misma manera que nadie le reconoce un lugar especial en la sociedad a quien come grandes cantidades de alimentos, ningún consumidor de alcohol merece el reconocimiento social por su "habilidad".
- El beber sin control y el verdadero alcoholismo no son una perversidad. Deberíamos aceptar que el alcohólico es un individuo con problemas graves que tiene derecho a esperar ayuda de los demás. Este principio reconoce lo que ya hemos dicho en otra parte y sobre lo que nunca se insiste lo suficiente: que el alcoholismo *es una enfermedad*.
- El estado de ebriedad (la borrachera) es algo que debe sancionarse por la sociedad. Estar borracho no es gracioso, sino una condición en la que una persona ha ingerido una droga en exceso, lo cual le impide hacer juicios adecuados de la situación y actuar consecuentemente.

Estos son los principios generales que sostienen la tesis de que se puede y se debe educar para que quien ha de beber (porque así lo decidió) lo haga responsablemente. La mayoría de nosotros hemos recibido instrucción familiar sobre cómo conducirnos en la mesa cuando comemos, cómo actuar en público, en la escuela y el trabajo; en cambio, muy pocos hemos aprendido las realidades del alcohol, sus efectos sobre el organismo y su consumo razonable. Acaso los más afortunados hemos tenido un buen ejemplo de nuestros mayores sobre una actitud responsable ante las bebidas alcohólicas. Otros, sin embargo, tienen como fuentes de "conocimientos" los amigos de cantina o sus propios descubrimientos y observaciones, generalmente deformadas por prejuicios, tradiciones y consejas. En todo caso, a nadie le sobra y en cambio puede ser muy útil reexaminar sus propios valores morales y su actitud respecto al alcohol, a la luz de los efectos sobre nosotros mismos y sobre los demás, considerando también los derechos de los que han decidido abstenerse de beber.

Las actitudes responsables hacia la bebida debieran servir para conducirnos de tal manera que nunca tengamos que sentirnos avergonzados de los actos ocurridos durante el tiempo en que consumimos alcohol. Así, para el individuo que bebe ocasionalmente o con regularidad, pero que no es un alcohólico y está consciente del peligro de llegar a serlo, existen ciertas normas o reglas que le permiten con seguridad evitar el estado de ebriedad y sus consecuencias. Tales normas, traducidas a consejos que pueden servir a toda persona, son las siguientes:

- ***Conozca usted sus verdaderos límites.*** Todo individuo que bebe, tiende a presumir de que "aguanta" más que otros, pero esto es algo sin sentido. Aparte de que el "aguante" mayor o menor no es motivo de presunción, casi siempre se produce un autoengaño y la falta de reconocimiento de que en realidad se está ebrio mucho antes de lo que se tiene que admitir ante la evidencia.
- ***Coma mientras bebe.*** Los alimentos se mezclan con el alcohol y evitan que su absorción sea demasiado rápida. Además, se favorece la costumbre de disfrutar mejor la comida sobre todo si se acompaña de bebidas de baja graduación alcohólica, como la cerveza y el vino. También hay que añadir que existen factores psicológicos que inducen a ingerir menores cantidades de alcohol si se come al mismo tiempo.

- ***No tome rápidamente.*** Beba para disfrutar y degustar su bebida, no para buscar los efectos del alcohol. Como hecho de observación, todos sabemos que el bebedor "que se adelanta" y que insta a sus compañeros a que "no se le queden atrás", es por lo regular alguien que no se detiene fácilmente y llega casi siempre a la embriaguez.
- ***Acepte la invitación a tomar una bebida, solamente cuando lo desee.*** No debe hacerse válida ninguna presión social o de otro orden para beber cuando no se quiere. Si uno lo hace, es obvio que niega el valor que puede tener, como estímulo social, el departir con otros una situación amable en la que se ingieran moderadamente bebidas alcohólicas.
- ***Cultive su gusto.*** Las bebidas suelen proporcionar placer por su sabor, o bien por la forma en que mejoran el sabor de los alimentos, quitan la sed o refrescan. La cerveza, por ejemplo, "le va" (como suele decirse) a ciertos platillos; y lo mismo otras bebidas de escaso contenido alcohólico.
- ***Evite "tragos" aquí y allá.*** Ciertos individuos toman a cualquier hora, y a toda hora ofrecen un "trago". Pero usted no tiene por qué aceptarlo, sobre todo si se trata de tomar por tomar.
- Si come fuera de su casa y tendrá que regresar manejando su automóvil ***beba con la comida, nunca después*** (sobre todo si ya lo hizo antes de empezar a comer). En otra parte hemos hablado ya de esto, que se relaciona con la velocidad de eliminación del alcohol ingerido y con sus efectos sobre la habilidad para conducir.
- Siempre que pueda, ***evite la bebida fuera del ambiente familiar.*** Muchos de quienes toman en los bares (no todos, por supuesto) buscan más bien los efectos del alcohol que la relación social. Esto no quiere decir que el "tomar la copa con los amigos" sea una irresponsabilidad; todo depende de si se respetan las "reglas" que estamos recomendando.
- ***No tome para "relajarse" o tranquilizarse,*** cuando lo que realmente necesita es un cambio de actividad o un poco de descanso. Lo mejor que puede hacerse para convertir el alcohol en una *necesidad* verdadera (eso y no otra cosa es la

farmacodependencia) es ingerirlo cada vez que uno está intranquilo, preocupado o deprimido.

- Recuerde que el principal propósito de una fiesta es el de estar juntos y divertirse ***no el de emborracharse.***

La responsabilidad, según se desprende de lo que dice el doctor Chafetz, ha de definirse también en función de los demás. El reconocimiento de los derechos de quienes viven en relación estrecha con uno, es un asunto esencial para caracterizar al hombre que bebe responsablemente. Los niños de una familia, bien pueden ser los que más sufren cuando alguien abusa del alcohol o bebe en forma irresponsable. Pueden crecer en un ambiente familiar caótico y frecuentemente tienden a adoptar los mismos hábitos que observan en los mayores. Los padres deben tener esto en cuenta y recordar que son los "modelos" a imitar por sus hijos.

El consumo habitual de alcohol, aún no significando un verdadero problema por exceso, incide por supuesto en las relaciones matrimoniales. La pareja debe buscar la mutua comprensión y tolerancia y reconocer que la presencia del alcohol puede exagerar los conflictos que de otro modo serían fácilmente superados.

También existen responsabilidades respecto a la forma como se ingieren las bebidas alcohólicas en situaciones sociales específicas cuando la conducta personal cobra mayor importancia. Tal es el caso de las reuniones de negocios, las ocasiones de cierta formalidad entre compañeros de trabajo o las que implican una mayor privacidad entre amigos más íntimos. Los participantes tienen derecho a esperar de los demás una conducta apropiada, que desde luego no está reñida con la alegría sana y el disfrute de la convivialidad.

Por otra parte, una de las formas en que la conducta responsable se muestra de manera más clara, es la que se relaciona con la actividad de conducir un vehículo. Desgraciadamente es muy común que las personas que beben, a pesar de no tener el problema de la dependencia del alcohol y de que habitualmente muestren un control sobre sus efectos, manejan su automóvil después de ingerir lo suficiente para convertirse en un peligro para él y los demás. Incluso se oye a veces que alguien asegura que unas copas lo convierten en mejor conductor; pero ya hemos visto cómo la evidencia está en contra de semejante afirmación.

Si en una población existe un alto número de personas que ingieren bebidas alcohólicas *responsablemente,* quiere decir que pocas de

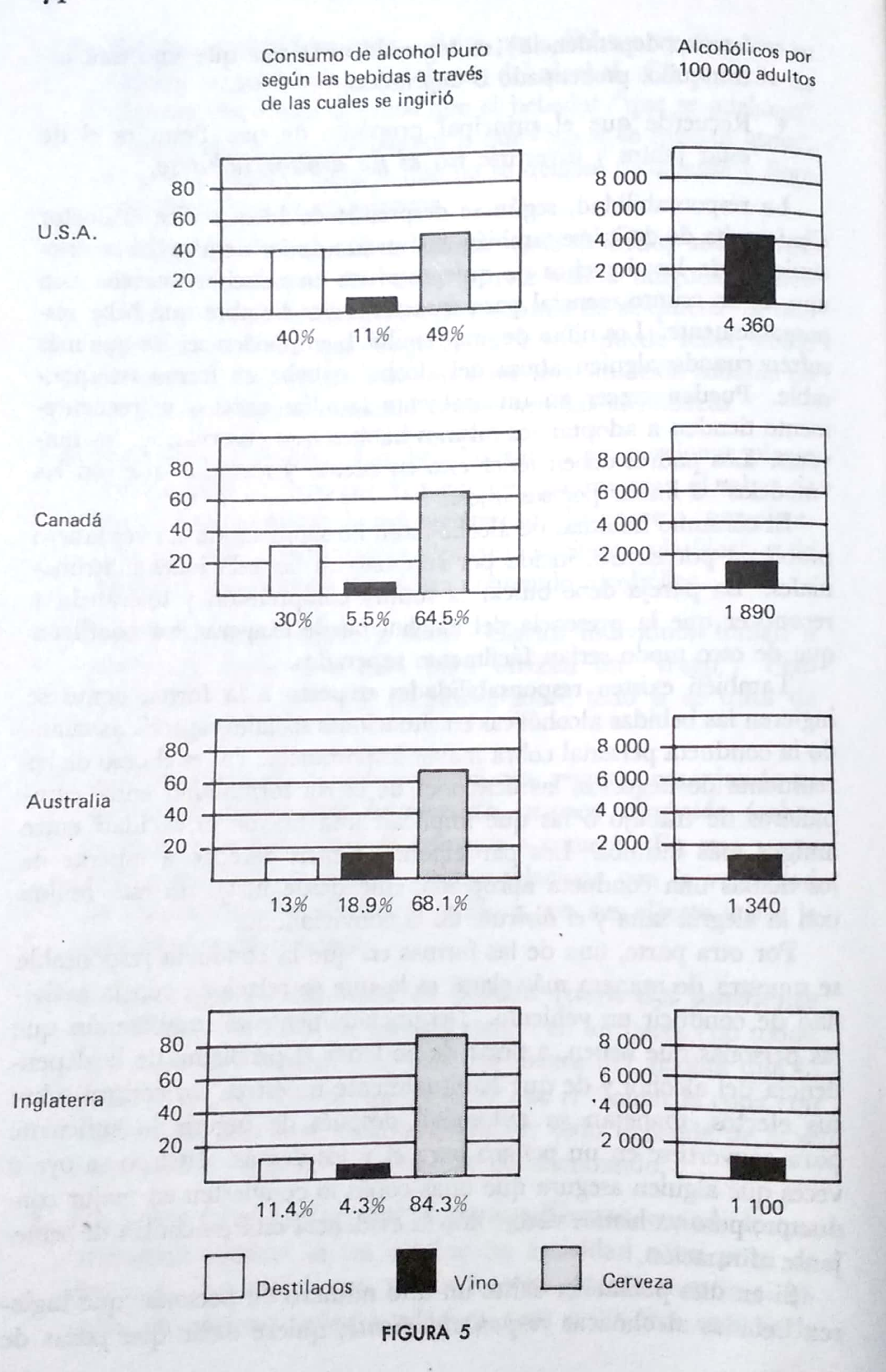

Consumo de alcohol puro
según las bebidas a través
de las cuales se ingirió
Alcohólicos por
100 000 adultos
U.S.A.
80
60
40
20
40%
11%
49%
8 000
6 000
4 000
2 000
4 360
Canadá
30%
5.5%
64.5%
1 890
Australia
13%
18.9%
68.1%
1 340
Inglaterra
11.4%
4.3%
84.3%
1 100
Destilados
Vino
Cerveza

FIGURA 5

ellas se convertirán en alcohólicas. Por eso, y porque según hemos dicho una de las recomendaciones que se hacen es la de que se consuman preferentemente bebidas de baja graduación, no debe extrañarnos que el alcoholismo se encuentre más difundido en los países cuyo consumo de alcohol se debe principalmente a los destilados. Como ha dicho el doctor Jellinek (una de las mayores autoridades mundiales en materia de alcoholismo): "Un alto índice en el consumo de cerveza indica que muchos beben poco... en cambio un alto índice en el consumo de bebidas fuertes demuestra que pocos beben mucho." Esto no debe llevarnos a concluir que las bebidas como el vino y la cerveza no sean capaces de conducir al alcoholismo, pero es un hecho que lo propician mucho menos frecuentemente que los destilados. Los datos que contiene esta tabla son muy elocuentes.

Estos datos explican por qué en algunos países los programas contra el alcoholismo incluyen acciones tendentes a sustituir el consumo de bebidas destiladas (whisky, brandy, vodka, ron y otros aguardientes) por las de menor contenido alcohólico. Por todo lo que hemos dicho, sabemos que el alcoholismo no depende en última instancia del tipo de bebida que se consuma, pero es evidente que las estadísticas señalan una acción negativa más definida de parte de las de alto contenido de alcohol. Y en lo que respecta a la educación para beber responsablemente, debe tenerse en cuenta este hecho como algo muy importante. Antes de terminar este breve capítulo sobre la conducta responsable ante el alcohol, hemos de recordar que también el que no toma o lo hace discretamente, puede contribuir a que otros lo hagan moderada y responsablemente. Quien da una fiesta en su hogar, por ejemplo, puede hacer muchas cosas para evitar conductas indeseables debidas al inadecuado consumo de alcohol.

El Instituto Nacional para el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de Estados Unidos* ha publicado un folleto que contiene indicaciones muy útiles sobre este aspecto de las acciones educativas. Trascribiremos aquí algunas de ellas, adaptándolas a nuestra situación.

DETERMINANDO LA PROVISIÓN DE BEBIDA PARA UNA FIESTA

Antes de surtir su bar, el anfitrión sensato debe tener presentes algunos hechos básicos acerca del alcohol.

* Número de publicación 017-024-00497-9, del U. S. Department of Health, Education and Welfare.

Independientemente del tipo de bebida, el ingrediente esencial que absorbe la corriente sanguínea es el alcohol etílico. La velocidad con que éste es absorbido determina qué tan rápidamente empieza a afectar los sentidos y el estado de ánimo de la persona.

El anfitrión debe estar consciente de cómo actúan las diferentes bebidas sobre las personas. Por ejemplo, cuando la bebida que se consume es cerveza o vino, los cambios físicos y psicológicos son más lentos que cuando se ingieren bebidas espirituosas destiladas. Mezclar el licor con otras bebidas no alcohólicas (soda, refrescos, jugos, etc.) puede ayudar a retardar los efectos del alcohol. El alcohol diluido con agua se absorbe más lentamente que cuando se mezcla con bebidas carbonatadas (aguas minerales). El coctel que se prepara normalmente, un vaso de vino y una lata de cerveza tienen aproximadamente el mismo contenido de alcohol etílico.

También debemos recordar que es muy importante pensar en aquellos invitados que prefieren no tomar bebidas alcohólicas. Para ellos, podemos ofrecer una variedad de bebidas no alcohólicas.

DURANTE LA FIESTA

La verdadera hospitalidad es algo más que ofrecer demasiada comida y bebida a los invitados. Es también una obligación de los anfitriones dar la tónica de las actividades a desarrollar durante la reunión. Trate de hacer algo diferente. En lugar de enviar a las visitas directamente al bar, trate de que se vayan formando grupos a medida que van llegando. El placer que se deriva de saludar a los viejos amigos y de conocer otras personas puede ser mayor que el provocado por una copa. Es posible conversar amenamente sin tener una copa en la mano. La bebida será para darle realce a la conversación y no para estropearla.

Si se van a servir bebidas, es conveniente planear de antemano la frecuencia del servicio: seleccionar la hora en que se abrirá el bar, los intervalos entre copa y copa, los bocadillos más adecuados y, lo más importante, la hora en que se ha de cerrar el bar.

Siempre existen formas de propiciar la convivencia en una fiesta y de mantener las cosas bajo control.

Arreglo del lugar: Proporcione asientos para todos y trate de que haya espacio suficiente para que la gente pueda discurrir libremente.

El cantinero: Seleccione un cantinero de reconocida moderación. El voluntario entusiasta puede resultar uno de ésos a quienes les encanta cargar las bebidas más de lo prudente.

Los intervalos: Sirva las copas a intervalos regulares y razonables. La duración de los intervalos dependerá de si los invitados están disfrutando más de la compañía o de la bebida. Un ritmo de una copa por hora indica que prevalece el placer de estar en buena compañía.

No sirva "dobles": Mucha gente cuenta y espacia las copas que piensa tomar. Si usted les sirve "dobles", beberán el doble de lo que habían planeado. Servir "dobles" no significa hospitalidad, sino descortesía.

No presione con la bebida: Espere a que la copa esté vacía antes de ofrecer más. Y aún entonces no se dé mucha prisa, especialmente con aquellos que vacían sus copas con gran rapidez. Cuando un invitado diga "no gracias", no insista más.

Insista con los bocadillos: Hágalo cuando sus invitados estén bebiendo y no después. Esto es importante porque el alimento hace que el alcohol llegue más lentamente a la corriente sanguínea, y también que la gente beba con más lentitud.

Sirva también bebidas no alcohólicas: Uno de cada tres asistentes a una fiesta decide no beber, y los bebedores ocasionales a veces prefieren no hacerlo. Ofrezca otras bebidas además de las alcohólicas: jugos de frutas y legumbres, té, café, refrescos, etc.

Ofrezca otras cosas: Cuando los invitados se centran en la bebida, la fiesta va por mal camino. Anime la conversación, comparta la risa. Haga lucir el talento de sus invitados. Un buen anfitrión puede dar algo más que comida y copas.

La comida: Si se trata de una comida, sirva antes de que sea demasiado tarde. Se supone que la hora del coctel debe realzar una buena comida, pero no competir con ésta. Después de muchas copas los invitados no están en condiciones de saber qué comieron ni a qué sabían los platillos que les fueron servidos.

Póngale un límite a la bebida: Cuando un invitado ha bebido demasiado, usted puede expresarle cortésmente su preocupación, ofreciéndole café. Esta es una manera gentil de decirle que ha llegado al límite fijado por usted.

Clausura del bar. Decida de antemano a qué hora desea que termine la fiesta, y cuando llegue el momento, hágalo entender de palabra y con sus actos. Una forma cortés de dar por terminada la etapa de la bebida, es servir un platillo sustancioso. Esto proporciona un receso en la bebida, antes de que los invitados empiecen a marcharse.

Cuando a un invitado se le pasan las copas. Cuando uno de los invitados toma más de la cuenta, el anfitrión es el responsable de hacer todo

lo que sea necesario para que se recupere. Beber más de la cuenta no es cosa de risa. Muchas personas no tienen idea de su capacidad para tomar. La cantidad y el tipo de bebida que pueden emborrachar, varían de persona a persona. De hecho, el efecto del alcohol es diferente en una misma persona, de acuerdo con las circunstancias ya señaladas en el capítulo 3.

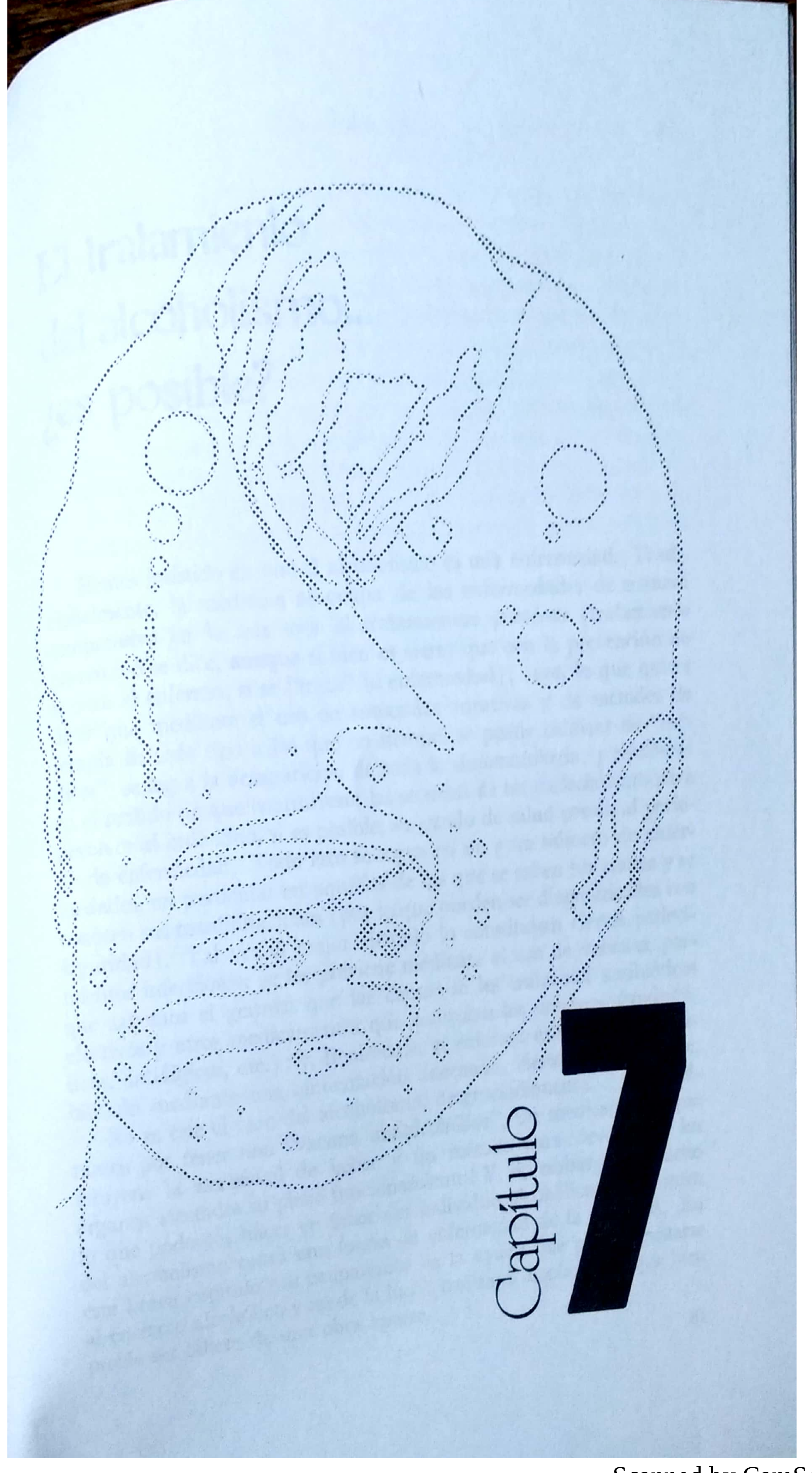
A pesar de sus buenas intenciones y de las de sus invitados, alguien puede tomar más de lo debido. Las alternativas más sencillas han sido siempre deshacerse de la persona lo más pronto posible o buscar una forma rápida de que el individuo vuelva a la sobriedad.

Cuando alguna de sus visitas se ponga mal a causa de la bebida, trate, si es posible, de llevarla personalmente o de enviarla acompañada a su casa, pero nunca le permita manejar. Sin duda se requieren ingenio y determinación para lograr que una persona bebida nos dé las llaves de su auto, pero así debe ser, para su seguridad y la de los demás.

Lo mejor que podemos hacer es proporcionarle un lugar cómodo en nuestra casa para que duerma un rato, y pueda, así, recuperarse lo suficiente como para llevarlo después a su casa sin problemas.

Es aconsejable servir un bocadillo con café, té o cualquier otra bebida no alcohólica antes de que las visitas se vayan, aunque con esto no lograremos que los que bebieron demasiado se recuperen. Sin embargo, el alimento y el tiempo que se requiere para comerlo, reducirán en cierto grado los efectos del alcohol y nos permitirán planear de la mejor manera la partida de nuestros invitados.*

* *Drinking Etiquete*, Maryland, U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1978, pág. 7-11 (se reproduce).



Capítulo 7

El tratamiento del alcoholismo... ¿es posible?

Hemos insistido en que el alcoholismo es una enfermedad. Tradicionalmente, la medicina se ocupa de las enfermedades de manera comprensiva en lo que toca al tratamiento: *previene* (tratamiento preventivo se dice, aunque si bien es cierto que con la prevención no se cura al enfermo, si se "trata" la enfermedad); *cura,* lo que quiere decir que mediante el uso de sustancias curativas y de métodos de terapia de todo tipo a los que no siempre se puede calificar de "médicos", se logra la desaparición de toda la sintomatología; y *rehabilita* en el sentido de que contrarresta las secuelas de un padecimiento para devolver al individuo, si es posible, su estado de salud previo al periodo de enfermedad. Todo esto se logra en un gran número de enfermedades, en particular en aquéllas de las que se saben sus causas y se conocen sus manifestaciones (por lo que pueden ser diagnosticadas con seguridad). Tal vez el mejor ejemplo lo constituyan ciertos padecimientos infecciosos: se les previene mediante el uso de vacunas, porque sabemos el germen que las causa; se les trata con antibióticos efectivos y otros medicamentos que controlan los síntomas (antipiréticos, antiálgicos, etc.); y, finalmente, el enfermo es totalmente rehabilitado mediante una alimentación adecuada, ciertos ejercicios, etc.

No es este el caso del alcoholismo, desgraciadamente. . . ¡qué diéramos por tener una "vacuna antialcohólica", un medicamento que diluyera la necesidad de beber y un método para devolver a los órganos afectados su pleno funcionamiento! Y, sin embargo, es mucho lo que podemos hacer en favor del individuo alcohólico y en contra del alcoholismo como una forma de enfermedad de la sociedad. En este breve capítulo nos ocuparemos de la ayuda que puede prestarse al enfermo alcohólico y no de la lucha contra el alcoholismo, que bien puede ser objeto de una obra aparte.

Haremos un esfuerzo por establecer primero algunos principios generales del tratamiento, aquellos que debe tener presente quien desee ayudar al enfermo alcohólico. Diremos desde luego que toda clase de asistencia o apoyo que un ser humano brinda a otro que tiene problemas con su salud, es una forma de tratamiento aunque quien lo suministre no sea un profesional de la medicina. Pero en cualquier caso siempre se habrá de aceptar que el alcohólico es un ser humano esencialmente igual a los demás y que, por lo mismo, su problema y la ayuda que requiere son asuntos de la vida cotidiana. Es bueno que el estigma moral que aún suscita el paciente alcohólico esté superándose al menos en ciertos sectores sociales donde se tiene un mejor conocimiento de los hechos. Nunca se insistirá suficientemente sobre este punto; una actitud razonable es condición indispensable para prestar ayuda al paciente alcohólico, lo mismo que para participar activamente en programas contra el alcoholismo. Nada de esto podrá hacer quien sienta una reserva moral ante el alcohólico, o piense que los "sermones", el castigo y las amenazas dan buenos resultados como parte del tratamiento. Por el contrario, una condición para el éxito es que no se recurra a los argumentos de contenido emocional que sólo incrementan los sentimientos de culpa y, paradójicamente, también aumentan la compulsión a seguir bebiendo.*

Otro aspecto importante del tratamiento es el que se refiere a la necesidad de considerar a cada alcohólico en su situación vital completa, teniendo en cuenta su trabajo, el círculo de amistades y la familia. Puesto que vive con otros (familia, comunidad), debe ser tratado como parte integrante de grupos humanos. Hablando en sentido general, no es suficiente una ayuda dirigida sólo al individuo, ya que sus conflictos no existen aisladamente. Cualquier esfuerzo por ayudar a que una persona enfrente su problema de exceso en el beber sin tener en cuenta a los que le rodean seguramente fracasará porque la familia, los amigos y los compañeros de trabajo son factores esenciales para el apoyo y la comprensión que debe proporcionarse al enfermo alcohólico. De alguna manera debe estimularse a todos los que se relacionan emocionalmente con él para que entiendan en su propia realidad el problema y le ayuden con acciones concretas efectivas.

* El hecho en realidad no es paradójico, si recordamos la dependencia o adicción que sufre el enfermo. Los argumentos morales engendran culpa, la culpa produce angustia y ésta se combate irracionalmente con nuevas ingestiones de alcohol.

En cuanto al profesional que directamente se encargue del tratamiento (el médico, el psiquiatra, el psicólogo clínico o quien quiera que suministre psicoterapia),* tendrá en cuenta las necesidades existenciales del paciente y la totalidad de su circunstancia vital. No vamos a comentar aquí las técnicas de la psicoterapia ni las características propias de la que se aplica al sujeto alcohólico, pero sí es bueno simplemente referirnos a las necesidades humanas básicas que en cada caso individual deberán ser consideradas. Tal vez esto ayude a entender la labor del profesional que actúa de manera especializada. Independientemente de la valoración clínica que normalmente ha de hacerse de la personalidad del paciente, se conocerá su éxito o su fracaso en la satisfacción de estas cuatro necesidades que todo ser humano tiene en relación con su vida social:**

- Autoconocimiento, que significa el tomar conciencia de las propias capacidades y debilidades, relacionándolas con la opinión que los demás tienen de uno mismo.
- Aceptación en el seno de la comunidad a la que pertenece, por el valor intrínseco que se tiene como ser humano, como individuo capaz de dar y recibir afecto.
- Confianza en sí mismo, por la fe en las propias habilidades. Esto da la libertad suficiente para expresarse con seguridad como individuo autónomo en la relación con los demás.
- Dignidad, necesidad que se satisface cuando se tiene la certeza de que uno es respetado por los demás y se respeta a sí mismo.

No es difícil comprender la importancia que tiene el conocimiento de la situación personal del alcohólico ante tales necesidades humanas. Ya se entiende que su insatisfacción influye en la prolongación y acentuación del problema y que, a su vez, la dependencia del alcohol repercute sobre su incapacidad de satisfacción.

Si se tiene en cuenta la etiología del alcoholismo, la práctica de concentrar los esfuerzos terapéuticos en uno solo de los factores (el

* "Psicoterapia" es un término genérico que se usa para designar cualquier método de tratamiento de los desórdenes emocionales que utiliza la relación humana, principalmente la comunicación verbal. Puede administrarse individualmente o en grupo. Una forma de la psicoterapia de grupo es la que se aplica a la familia (psicoterapia familiar).

** Por supuesto existen otras necesidades emocionales. Aquí sólo nos referimos a las que tienen más importancia al valorar la situación vital de quien ha caído en el problema de la adicción al alcohol.

psicológico, el orgánico o el social), es casi una garantía de que fallará el intento de alcanzar los objetivos del tratamiento integral. Si, por el contrario, recordamos la complejidad de la etiología y estructuramos planes terapéuticos acordes con la situación personal de cada sujeto alcohólico, podremos ayudarlo mejor. Por lo general se acepta que hay tres pasos en el tratamiento del alcoholismo, aunque no es obligado que todos los pacientes pasen por los tres:*

1. El manejo médico de la intoxicación aguda (borrachera), a veces para salvar la vida del sujeto. Ocurre principalmente en los hospitales.
2. La corrección de los problemas crónicos de salud asociados al alcoholismo (aquí está la acción médica de todos los días en consultorios y clínicas).
3. El intento terapéutico por cambiar la conducta del alcohólico a largo plazo, de tal manera que no continúen sus actitudes autodestructivas frente al alcohol. Esta es la acción psiquiátrica propiamente dicha, que utiliza las técnicas psicoterapéuticas y los medicamentos adecuados.

Los tratamientos psicológicos comprenden la psicoterapia individual, la psicoterapia de grupo (principalmente la familiar) y las terapias de carácter social que incluyen a las que proporcionan los voluntarios y los grupos como el de Alcohólicos Anónimos, familiares de alcohólicos (AL-Anón) y otros. Pero el tratamiento más completo, que abarca la psicoterapia y la atención médica propiamente dicha, sólo puede proporcionarlo el psiquiatria.**

Para muchos pacientes alcohólicos es necesaria una intervención a tiempo a fin de llevar a cabo ciertas medidas correctivas urgentes y proporcionar alivio a sus sufrimientos físicos y psíquicos. El estado emocional de algunos de ellos amerita la reducción de su angustia y depresión mediante el uso de medicamentos. En el sentido más amplio, el tratamiento pisquiátrico intenta ayudar al paciente a encontrar una nueva forma de vida, pero una meta parcial será siempre la de proveerlo de apoyo emocional, comprensión, aceptación y es-

* *Facts about Alcohol and Alcoholism,* Maryland, National Institute on Alcohol and Alcoholism, DHEW publication núm. (ADM) 75-31, 1974, pág. 25.

** La psiquiatría es la rama de la medicina que estudia, trata y previene las enfermedades mentales. Sus objetivos son esencialmente tres: saber más acerca de las causas y la naturaleza de los desórdenes psicológicos, mejorar los métodos para su tratamiento y promover la salud mental.

tímulo. Sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento cuando lo más necesario es una ayuda dirigida a los problemas ligados a la vida cotidiana, de tal manera que refuercen sus intentos de enfrentarlos según su propia perspectiva. El objetivo ideal es sin duda el de conducirlo al descubrimiento de que puede ser feliz sin la ingestión de alcohol y de que es posible hallar satisfacciones emocionales sustitutivas.

Respecto a los medicamentos tenemos que decir que *sólo deben ser suministrados por el médico*, quien podrá prescribir tranquilizantes, antidepresivos, preparados vitamínicos, etc. *La automedicación es definitivamente peligrosa*, pues muchas sustancias medicinales están contraindicadas cuando se ingiere alcohol y nunca se tiene la seguridad de que el sujeto no beberá durante el tratamiento. También deseamos comunicar al lector un hecho de la mayor importancia: *hoy por hoy no existe sustancia alguna, llámese preparados farmacéuticos, medicamentos registrados, hierbas medicinales, "recetas especiales", etc., que curen el alcoholismo.* Son muchas las consejas que se han transmitido de generación en generación sobre cómo retirar a las personas del alcohol, pero desgraciadamente no existe *nada* realmente efectivo. Lo único que verdaderamente puede llevar a la recuperación total es el tratamiento integral, pero no una sustancia o medicamento ni una acción aislada.

El *disulfiram* es una sustancia química contenida en algunos productos farmacéuticos, como el *antabuse* de uso tan extendido. Tiene la particularidad de que si se toma dentro de las 48 ó 72 horas antes de ingerir alcohol, se produce en el organismo una reacción química que a su vez provoca una crisis caracterizada por cambios de la presión arterial, taquicardia con palpitaciones intensas, náuseas, vómitos, dificultad para respirar y gran angustia. A veces se llega al colapso. El antabuse se prescribe con la esperanza de desalentar al enfermo a tomar alcohol, ya que de hacerlo experimentará esos síntomas tan desagradables. Pero este medicamento está indicado solamente en los sujetos que han demostrado un gran deseo de apartarse del alcohol y que son suficientemente inteligentes para comprender lo peligroso que puede ser este tratamiento. Desgraciadamente se ve con frecuencia que los familiares del enfermo deciden proporcionárselo sin su conocimiento. Incluso a veces el propio médico se convierte en un aliado de ellos y contribuye al engaño. En estos casos, el fracaso total es la regla, con el agravante de que el médico pierde la confianza del enfermo y se precipitan los enfrentamientos familiares y las situaciones de conflicto.

Alcohólicos Anónimos es una institución no lucrativa que se integra con individuos alcohólicos que tienen el propósito común de ayudarse a sí mismos y a toda persona que sufra de alcoholismo. Se ha dicho también que es una comunidad que ayuda a sus miembros a encontrar "un camino de regreso a la vida". La meta inmediata es que cada uno *esté sobrio y permanezca sobrio*. A pesar de que actualmente participa cerca de un millón de personas en algo más de 25 000 grupos de alcohólicos anónimos (AA) en todo el mundo,* aún son numerosos los enfermos que no reciben esta singular ayuda, realmente efectiva para muchos.

Cuando los primeros grupos de AA empezaron a actuar, se basaron en algunas premisas que con el tiempo han variado un poco. Eran básicos estos puntos: *a*) cada grupo debe mantenerse autónomo; *b*) no se acepta ninguna clase de contribución ajena al grupo; *c*) AA no opina como organismo sobre cuestiones diferentes a su única finalidad; *d*) el anonimato es el fundamento espiritual de toda la tradición de AA; *e*) "sólo un alcohólico puede comprender a otro alcohólico". Como una consecuencia lógica de todo esto, fue muy escasa la colaboración que podían prestar a los grupos de AA los médicos, los sacerdotes y los trabajadores sociales. Actualmente AA es una institución mucho más abierta e incluso el anonimato no es ya un asunto esencial, sobre todo en los grupos que operan en los poblados pequeños. Los médicos y psicoterapeutas, a su vez, con frecuencia recomiendan a sus pacientes hacerse miembros de la organización.

Cualesquiera que sean las razones que se aducen, el hecho es que muchos alcohólicos encuentran en esta participación un apoyo efectivo para mantenerse sobrios e incluso para superar la enfermedad. Desde un punto de vista médico-filosófico, podría decirse que AA es un método de tratamiento lo mismo que una forma de vida. El alcohólico que ingresa al grupo efectúa realmente un cambio notable en su existencia y por lo general adquiere un sentido de responsabilidad ante los otros compañeros y ante su familia y la sociedad.

Es muy importante para esta forma de terapia de grupo que el alcohólico admita de principio su impotencia ante el alcohol. Debe aceptar también que su vida resulta inmanejable y su situación intolerable si continúa bebiendo y que la única salida que le queda es la sobriedad. Para alcanzarla, necesita apoyarse en el grupo que lo

* En un folleto publicado en 1975 por Channing L. Bete Co., Inc. Greenfield, Mass., U.S.A., se dice que hay más de 650 000 miembros de AA en 92 países.

comprende y que le ofrece además la posibilidad de ayudar a otros como él. Algunos se deciden a pertenecer a la organización cuando prácticamente han perdido todo y se encuentran abandonados por familiares y amigos. Otros llegan al grupo cuando ya tienen problemas con la autoridad y han sufrido arrestos por infracciones de diverso tipo, principalmente las que se cometen en la vía pública. No es excepcional que AA reciba también a sujetos en condiciones aún lejanas a semejante situación, pero convencidos de su incapacidad "para derrotar al alcohol".

Existen también otras organizaciones de alcohólicos con enfoques un poco diferentes, pero con la misma finalidad. En Estados Unidos actúan los Recovery, Inc., TOPS, Parents Anonymous y otros; en México y otros países existe un grupo muy activo, "Alcohólicos en Rehabilitación", que ha ido extendiéndose consistentemente en el interior del país. Todos ellos, sin embargo, pueden ponerse bajo el denominador común de su objetivo más comprensible: ayudar al alcohólico a mantenerse sobrio mediante su participación en un grupo de personas que son como él y que están librando la misma batalla.

Otra institución que a pesar de no estar afiliada formalmente a los AA trabaja en coordinación con ellos, es el grupo denominado AL-Anón, que se integra con amigos y familiares de pacientes alcohólicos. Se discuten en el grupo los problemas que origina la convivencia con el alcohólico, se expresan espontáneamente sentimientos originados en esa relación y se exploran e intentan soluciones prácticas a problemas cotidianos. Como es fácil comprender, este grupo se rige por la intención de ayudar a los familiares a entender y prestar apoyo al alcohólico, partiendo de la idea de que es un enfermo (lo acepte él o no). Indiscutiblemente, el contacto de familiares de alcohólicos entre sí, genera con frecuencia una mayor fortaleza para alcanzar los objetivos que cada uno se ha propuesto en relación con su enfermo.

En cuanto al paciente mismo, es probable que en el curso de su tratamiento, aun suponiendo que fuera el más adecuado, tenga recaídas. Si éstas ocurren, no debemos creer que *necesariamente* ha fracasado. A veces una recaída es útil para convencerse de que *realmente no puede volver a beber alcohol,* si desea honestamente su curación. Pero, por supuesto, mientras mayor sea el tiempo de abstinencia, mayores serán sus posibilidades de alcanzar el éxito. En todo caso, el alcohólico puede aumentar su fe recordando este hecho real: *cientos de miles de alcohólicos como él se han recuperado y han permanecido sobrios por el resto de sus vidas.*

Bien, pero. . . a nivel social, ¿puede hacerse algo verdaderamente útil para evitar la aparición de nuevos enfermos de alcoholismo?, ¿es posible una acción preventiva como la que se hace en otras enfermedades?, las respuestas son positivas, pero desgraciadamente tenemos que agregar que hay graves obstáculos para alcanzar metas cuantificables. En otras palabras, las medidas preventivas que podemos poner en práctica son difícilmente valorables si hemos de juzgar por la disminución relativa del número de casos. Entran en juego tantos factores que las cifras y datos sobre la incidencia del alcoholismo en la población general nos dicen poco sobre el éxito o fracaso de las medidas puestas en práctica.

Una vez que el lector ha leído los breves capítulos que contiene esta pequeña obra, tiene un mejor conocimiento de este problema médico-social que es el alcoholismo. Podemos preguntarle *qué se le ocurre a él* como medidas a proponer para evitar la proliferación de nuevos casos. . . y adelantamos la respuesta de que todo lo que nos proponga ha sido probado ya. En efecto, los gobiernos de los países han intentado prácticamente *todo*: leyes estrictas para el control de la producción de bebidas y su distribución, prohibiciones al consumo de alcohol (desde las muy limitadas hasta la llamada "ley seca"), sanciones a los bebedores, campañas de divulgación, acciones educativas en el nivel escolar, cierre de expendios, medidas reglamentarias contra la propaganda de bebidas, etc. Por supuesto, algunas de las disposiciones legales produjeron resultados negativos para la prevención y aun peores para otras actividades ilegales (como el contrabando). Tal fue el caso de la ley seca * puesta en práctica en Estados Unidos y también en algunas regiones de nuestro país (leyes y reglamentos a nivel municipal y estatal). Por esas y otras experiencias hoy sabemos que, al menos en una cultura como la nuestra, el alcohol no va a desaparecer a partir de medidas legislativas de carácter restrictivo. En definitiva, no es por el camino de la prohibición del consumo y la limitación de la producción y distribución de bebidas que vamos a lograr el control del alcoholismo a nivel social, aunque ciertas reglamentaciones son del todo necesarias para evitar las operaciones ilegales de compra-venta y la evasión de impuestos. Pero esto muy poco tiene que ver con la prevención primaria del alcoholismo.** Tenemos que

* La llamada ley seca es la que prohíbe el tráfico y consumo de bebidas alcohólicas.

** Se llama prevención primaria al conjunto de medidas que se toman para impedir la aparición de nuevos casos de una enfermedad. La prevención secundaria se refiere a la identificación de casos iniciales para su oportuno tratamiento.

pensar en otro tipo de acciones, como las que esbozamos en el capítulo anterior (véase allí la definición del doctor Chafetz sobre el uso responsable del alcohol).

Que el alcohol se consume y forma parte de nuestra vida cotidiana es un hecho simple que hay que reconocer. . . pero no podemos ni debemos cruzarnos de brazos ante el conocimiento de que algunas personas lo ingieren por motivos insanos hasta llegar a la farmacodependencia. En todo caso, son una gran mayoría los que aceptan con gusto las bebidas alcohólicas como parte de la dieta alimentaria y como medio de intercambio social. Parece lógico pensar que son ellos el principal objetivo de nuestras acciones preventivas: si han decidido beber, deben saber que independientemente de que el alcohol ingerido adecuadamente puede contribuir a enriquecer sus experiencias vitales, *cuando se consume en forma irresponsable conduce necesariamente a los efectos negativos que hemos relatado en capítulos anteriores.*

Por extraño que pueda parecer, las "campañas" dirigidas a los niños y a los jóvenes que aún no se han iniciado en el consumo de bebidas alcohólicas, no han dado los frutos esperados. Menos aún, cuando se basan en exageraciones que tienden a denigrar al alcohólico, desconociendo el hecho de que se trata de un *enfermo.* En otros países que han dedicado cuantiosos recursos a combatir el alcoholismo, se ha demostrado plenamente que es preferible dirigir los esfuerzos *a evitar que los que ya beben lo hagan irresponsablemente.* Información veraz y científica comprensible para el hombre común, consejo sin admoniciones ni recriminaciones; en pocas palabras: *educación en materia de consumo de bebidas alcohólicas,* es hoy por hoy la mejor opción en las tareas de prevención primaria. La idea que subyace en esta recomendación es la de que, como ha sido expresado por la propia Organización Mundial de la Salud, el principal propósito debe ser el de reducir la incidencia y *la severidad de los problemas* asociados al abuso del alcohol.

Junto a la educación en los términos dichos, están otras acciones. En realidad, todas las medidas que se toman para promover la salud mental tienen un efecto favorable en el campo de las farmacodependencias y de hecho la educación de que hablamos es sólo una parte de los programas de salud mental de la comunidad. En última instancia lo más importante no es educar en contra de ciertos hábitos, sino en favor de una vida sana. En el caso específico del alcoholismo, sin embargo, hacen falta otras muchas actividades que se derivan de lo

que está previsto en nuestras leyes (principalmente en el Código Sanitario) y que hasta ahora sólo se han cumplido parcialmente.*

No cabe aquí la descripción de un programa contra el alcoholismo, pero es conveniente que el lector tenga al menos una idea sobre las acciones que deben cumplirse para combatir el abuso del alcohol en la población general. En nuestro país hace falta un plan integral de trabajo que tienda al cumplimiento de estos objetivos generales:

1. La evaluación, mediante los adecuados estudios epidemiológicos, de la incidencia real del alcoholismo en la población mexicana y de los factores socioculturales que contribuyen a intensificar y perpetuar el problema. Sólo el conocimiento seguro de estos aspectos permitirá una planeación eficaz y la modificación sobre la marcha de las actividades programadas.
2. La formación del personal especializado que el programa requiera. En la actualidad nuestros recursos humanos no son suficientes para garantizar la calidad de los esfuerzos que tienen que realizarse.
3. La identificación y el tratamiento de los casos iniciales, utilizando todos los recursos de las instituciones hospitalarias, clínicas, dispensarios, etc., bajo la norma de que el alcoholismo *es una enfermedad.*
4. La rehabilitación de aquellos que han llegado a un cierto grado de incapacitación. Esto implica todo un programa en el que es necesario hacer participar a las instituciones privadas y a la fuerza laboral del país.
5. La prevención primaria, en los términos considerados en líneas anteriores de manera tan resumida.
6. La investigación permanente, sobre diversos aspectos del problema: *a*) las causas biológicas, psicológicas y socioculturales del alcoholismo entre los mexicanos; *b*) los efectos físicos y psicológicos del abuso del alcohol; *c*) la eficacia de las diferentes formas (las tradicionales y las nuevas) de tratamiento y rehabilitación de los enfermos alcohólicos; *d*) el desarrollo de nuevos métodos de tratamiento y prevención.

Hagamos una consideración final. Si esta breve obra ha conseguido su modesto propósito, al llegar a este punto el lector tendrá un

* El Código Sanitario mexicano se ocupa de estos asuntos en sus artículos 238 al 248 inclusive, pero otros ordenamientos legales también lo hacen desde diferentes perspectivas jurídicas.

conocimiento del problema del alcoholismo suficiente para no aceptar como verdaderos tantos mitos que se escuchan en torno a fenómeno tan complejo. Además, habrá aprendido algo acerca de lo que es beber responsablemente y tendrá una idea sobre lo que significa la lucha contra este mal cuyas implicaciones se extienden a todas las facetas de nuestra existencia. Ahora está en condiciones, así lo espera el autor, de adoptar una postura racional ante el alcohólico y el alcoholismo en general. No caerá en la complacencia y aceptación que adjudica al alcohol virtudes excelsas ni señalará sólo las trágicas consecuencias de su abuso. Tales son las dos actitudes extremas que el hombre ha tomado a través de la historia. La primera de ellas se ve muy claramente en el culto a Baco: el alcohol es una fuente de relajación, placer y convivialidad; es un nutriente del cuerpo, preservador y restaurador de la salud que ennoblece los festivales y ritos religiosos. Pero esta cara con que se nos presenta el alcohol tiene su contrapartida en la segunda actitud que tradicionalmente ha manifestado una buena parte de la humanidad. Está claramente en el diálogo que sostienen Yago y Cassio en el Otelo de Shakespeare:

CASSIO: "...¡oh tú, espíritu invisible del vino! ¡si careces de nombre con que se te puede conocer, llamémoste demonio! ¡ser hace un momento un hombre razonable, convertiste de pronto en imbécil y hallarse acto seguido hecho una bestia! cada copa de más es una maldición, y el ingrediente, un diablo".

YAGO: "Vamos, vamos, el buen vino es un buen compañero si se le trata bien. No claméis más contra él."

La "mala cara" del alcohol nos hace pensar en los trágicos síntomas del síndrome de abstinencia, en la desesperación del alcohólico ante la víctima arrollada por su vehículo. La historia del hombre consumidor excesivo de alcohol es la historia de la destrucción del individuo y de la infelicidad familiar. Francois de Salignac escribía en el siglo XVIII: "Algunos de los más espantosos daños que afligen a la humanidad proceden del vino; éste es causa de enfermedades, disputas, sediciones, holgazanerías. . . y toda clase de problemas domésticos." Pero en esta actitud hacia el alcohol se perciben fácilmente los elementos morales que forman parte de un juicio no científico del alcoholismo, juicio que por cierto no ha contribuido a la mejor comprensión del problema.

Ninguna de estas actitudes ayudará al hombre a combatir racionalmente al alcoholismo. Aprendamos de la historia, conozcamos cada vez mejor las consecuencias de beber en forma irresponsable y hagamos el esfuerzo que como ciudadanos nos corresponde para enfrentar los problemas que ocasiona el que un alto número de individuos sufra este mal, *esa enfermedad llamada alcoholismo.*

Índice analítico

dera comprensión y adecuado tratamiento. Por tal motivo hace una clara exposición de lo que en realidad es el alcoholismo: sus causas y efectos, la manera en que actúa el alcohol sobre el organismo, los síntomas y su diagnóstico. Asimismo la obra presenta, junto a una breve exposición histórica sobre el consumo de bebidas embriagantes, importantes estudios estadísticos realizados por diversos organismos internacionales que investigan la salud, en los cuales se muestran los índices de mortandad por cirrosis, úlceras y otras afecciones debidas a la inmoderada ingestión de bebidas alcohólicas.

En su conjunto la obra evita las formulaciones y generalizaciones infundadas y muestra los conocimientos básicos de este fenómeno social, tan poco comprendido, que afecta a un gran número de personas.

ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO
Rafael Velasco Fernández

La compleja problemática del alcoholismo ha llevado al autor a plantear sus causas y efectos de manera que esta enfermedad crónica, caracterizada por el desorden de la conducta y el daño físico, sea verdaderamente comprendida tanto en sus aspectos médicos como en los sociales. Sólo este conocimiento global permitirá enfrentar racionalmente este fenómeno que afecta a un gran número de personas y sus secuelas no siempre son posibles de medir.

Contenido



ISBN 978-968-24-0995-0
9 789682 409950
www.trillas.com.mx